Lane Medical Library

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Königl. Charité
(Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Ziehen.)

Klinische Varietäten der chronischen einfachen und hallucinatorischen Paranoia.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

Von

Peter Maybardjuck
aus Rußland.

Tag der Promotion: 15. Dezember 1911.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh.-Rat Prof. Dr. **Ziehen.**

Meinem teuren Vater

in Liebe und Dankbarkeit.

Einleitung.

Wer die psychiatrische Literatur der neueren Zeit durchforscht, wird erstaunt sein über die große Zahl der Versuche zwecks neuer Gruppierung und Benennung der Geisteskrankheiten; es wird ihm in kurzer Zeit klar werden, daß hierbei nicht selten für dieselbe Form von verschiedenen Autoren verschiedene Namen geschaffen worden sind.

Wie leicht erklärlich, sind diese Abweichungen besonders groß auf dem Gebiete der sog. funktionellen Psychosen, die durch die Fülle der verschiedenartigen Bilder sowie durch den Wechsel ihrer Erscheinungen verwirrend wirken können.

Diesen Versuchen lag der Umstand zugrunde, daß, wie Hoche sagt, „es jedem Beobachter freisteht, welche Gesichtspunkte er als die für die Abgrenzung maßgebenden anerkennen will, und daß jeder Versuch, die Geistesstörungen von einheitlichen Gesichtspunkten aus zu gruppieren, mit Schwierigkeiten aller Art zu kämpfen hat". Bald wird die Aetiologie, bald der Verlauf, der Ausgang, bald das anatomische, bald das klinisch-funktionelle als das Gemeinsame, als ein Einteilungsprinzip für eine Gruppe von Krankheitsbildern betrachtet.

Daß in diesen Fragen eine derartige Meinungsverschiedenheit herrscht, liegt in der Natur der Sache selbst; vor allem sind es die diagnostischen Schwierigkeiten, die zu den verschiedenen Ansichten führen.

In seiner Abhandlung: „Diagnostische Schwierigkeiten in der Psychiatrie"[1] äußert sich Alzheimer in eingehender

1. Alzheimer, Zeitschr. d. ges. Neurol. und Psychiatrie 1910, I.

Weise über diesen Punkt. Er weist darauf hin, daß es dem Psychiater nicht so leicht gemacht wird wie den Vertretern der übrigen Zweige der Medizin, denen eine ausgebildete Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie zu Gebote stehe, die in chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden wichtige Hilfsmittel besäßen, denen das Experiment ein viel gründlicheres Studium der Krankheit gestatte.

„Daher", so führt er unter anderem aus, „werden wir begreifen, daß wir in der Psychiatrie nur langsamer und mühseliger vorwärtskommen können, wo wir uns selbst unsere Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie schaffen müssen an einem Organ, das an Verwicklungen in seinem Aufbau und in der Feinheit der Gliederung seiner Elemente alles übertrifft, was die Natur erzeugt hat, wo uns die Chemie noch nicht hilft, wo wir mit Symptomen zu tun haben, die wie alle psychischen ungemein flüchtig und schwer festzuhalten sind", usw. —

Besonders ist es die sogenannte **„Paranoiafrage"**, die vielleicht zu den am meisten behandelten Fragen der klinischen Psychiatrie gehört und die gerade in den letzten Jahren neues Interesse erweckt hat und auch jetzt noch als Gegenstand allgemeiner und von Tag zu Tag wachsender Diskussion gilt.

Am zweckmäßigsten geschieht die Einteilung aller Psychosen zunächst in zwei große Gruppen, in 1. eine solche der organischen und 2. eine solche der funktionellen Psychosen.

Die ersteren sind, wie schon ihr Name sagt, solche, bei denen eine anatomische Veränderung im Gehirn nachzuweisen ist, deren klinischer Ausdruck speziell der Intelligenzdefekt ist. Bei der zweiten Form ist weder eine derartige Veränderung noch ein Intelligenzdefekt nachweisbar. Zu dieser letzteren Gruppe gehören die verschiedenen Formen von Paranoia.

Wenn nun von der einen oder anderen Seite der Einwand gemacht wird, daß die Paranoia nicht ohne weiteres als funktionelle Psychose anzusehen sei, da unsere heutigen technischen Hilfsmittel eben noch nicht derart ausgebildet sind, um die höchstwahrscheinlich vorhandene organische Ursache nachzuweisen, so muß ich hierauf erwidern, daß der Psychiater bei seinen klinischen Forschungen nicht nur die Anatomie, sondern vor allem die Psychologie heranziehen muß. Ebensowenig, wie wir Moleküle mikroskopisch sehen können, ebensowenig können wir das feine Getriebe der menschlichen Gedankentätigkeit unseren Sinnen auf dem Seziertisch demonstrieren. Außerdem jedoch deutet schon die tiefe Kluft, die sich klinisch im Verlauf der organischen und funktionellen Psychosen geltend macht, daraufhin, daß hier zwei ganz verschiedene Prozesse sich abspielen, Prozesse, die uns wohl berechtigen, die angegebene Einteilung als völlig zweckmäßig anzusehen.

Die schwebenden Differenzen, die Attentate auf die Existenzberechtigung mancher Krankheitsbilder richteten sich, wie schon oben bemerkt, besonders auf die Gruppe von Geistesstörungen, die mit systematisierter primärer oder sekundärer Wahnbildung einhergehen und mit dem Namen „Paranoia" bezeichnet werden.

Kraepelin faßte unter dem von ihm aufgestellten Begriff der „Dementia praecox" auch einen großen Teil der früheren Paranoiafälle zusammen, zum Teil unter der Bezeichnung: Dementia paranoides. Es dauerte dann auch nicht lange, bis manche Forscher die äußersten Konsequenzen zogen und die Paranoia überhaupt der Dementia praecox zuzählten. Damit wurde die Existenzberechtigung der Paranoiagruppe in Zweifel gezogen und der hierdurch entstandene Widerstreit der Meinungen ein recht scharfer.

Wenn ich es daher unternehme, in dieser Arbeit das schon so viel besprochene Thema noch einmal zu erörtern, so geschieht dies mit der Absicht, den Nachweis zu erbringen, daß neben den typischen Bildern der Paranoia es noch eine

große Gruppe von Varietäten gibt, die man auf Grund ihres Wesens und ihrer klinischen Erscheinungen zur Paranoia zählen muß.

Zum besseren Verständnis unserer heutigen Stellungnahme in dieser Frage halte ich einen historischen Rückblick für notwendig.

Historisches.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0045

Schon in der Literatur des klassischen Altertums finden wir Angaben, die darauf hinweisen, daß den Aerzten dieser Zeit die Fälle der Geistesstörungen, welche sich durch langsames Hervortreten bestimmter Wahnideen („fixe Ideen") charakterisieren, nicht unbekannt waren. Von einer klinischen Stellung dieser Zustände im Altertum kann natürlich keine Rede sein. „Die Alten", sagt Falk[1], „sind mit Ausnahme vielleicht der Methodiker im allgemeinen nicht Freunde einer strengen Sonderung der Krankheiten; sie fühlen auch, daß gerade in der Psychiatrie es recht schwer ist, die Mannigfaltigkeit, wie sie die Natur uns vorführt, in einige beliebige Arten und Unterarten einzuzwängen, ein Umstand, der auch unsere heutigen Einteilungen nicht fest gründet."

Von den Schriftstellern des Altertums verdient von unserer Seite A. Cornelius Celsus Berücksichtigung, da wir bei diesem Autor zuerst einen zusammenhängenden, nach seiner Weise ausführlich zu nennenden, von den anderen Krankheiten getrennten Traktat über Seelestörungen finden.

Er faßt die Geisteskrankheiten als Allgemeinleiden auf und stellt 3 Klassen derselben fest (Tria genera sunt insaniae). Insania erscheint somit als allgemeine Bezeichnung für Irresein.

Was in den Hippokratischen Schriften παράνοι (Vernunftlosigkeit) überhaupt heißt, nennt also Celsus „insania". Ihre erste Form ist φρενῖτις. Den anderen beiden gibt er merkwürdigerweise keinen Namen, wie es denn über-

---

1. Falk, Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 23, 1866, S. 558.

haupt auffallend ist, daß er sich des Wortes Manie und Melancholie nicht bedient. Sein Maßstab für die drei Formen sind ihre längere oder kürzere Dauer.

Die zweite Form der insania nimmt einen längeren Zeitraum ein und ist fast fieberlos. Ihr Charakter ist Traurigkeit, die aus schwarzer Galle herauszukommen scheint (Melancholie).

Die dritte Art des Irrsinns ist die langwierigste, gefährdet das Leben nicht, befällt meist kräftige Naturen und tritt unter zwiefachem Gewande auf. Von der einen Klasse dieser Kranken heißt es: „imaginibus non mente falluntur".

Scheller übersetzt: „Sie machen sich falsche Vorstellungen". Flemming dagegen erklärt: „Diese Kranken sind bei gesunder Denktätigkeit durch Visionen irregeleitet". „Letzteres könnte", sagt Falk, „richtig erscheinen, da man in der Tat bei den lateinischen Schriftstellern „imagines" als Bezeichnung von Halluzinationen findet. Es scheint dann bemerkenswert, daß er die unter dem Einfluß von Halluzinationen stehenden Kranken als besondere Klasse unterscheidet; sollte er eine halluzinatorische Verrücktheit neuerer Schriftsteller im Sinne haben, oder begreift Celsus unter jener Klasse diejenigen, welche von einigen Wahnvorstellungen (fixen Ideen) gänzlich eingenommen, sonst aber anscheinend gesund sind? Auch diese Vermutung ist nicht ganz von der Hand zu weisen, da imagines nicht immer falsche Sinneswahrnehmung, sondern auch überhaupt jedes Wahngespinst bedeuten kann. Auch Morel glaubt, wenn ich seine Worte auf Celsus zu beziehen berechtigt bin, daß hier eine partielle Verrücktheit vorliegt; dann wäre freilich die Ansicht Flemmings nicht zu stützen" (S. 488).

Heinroth[2] scheint sich bei der Uebersetzung keinerlei Zweifel über die Deutung der betreffenden beiden

---

2. Heinroth, Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Leipzig, 1818. Verl. Vogel. § 606.

Gruppen der dritten Form zu machen. Er erkennt in denselben ihm bekannte und geläufige Krankheitsbilder wieder, und zwar in der ersteren, von welcher es heißt: imaginibus non mente fallunter, erkennt er den „Wahnsinn", in der anderen, bei der „der Verstand von verkehrten Begriffen gefesselt ist", — den Wahnwitz.

Wir sehen also, wie schwer es ist, aus der Beschreibung der Alten, auch wenn es sich um Autoren handelt, bei denen die Beschreibung der Geisteskrankheiten verhältnismäßig ausführlich erscheint —, einen bestimmten, uns bekannten und geläufigen Krankheitsprozeß herauszulesen; die meisten sind darum auch an dem Versuch gescheitert. Es ist dies nicht sehr erstaunlich, wenn man nämlich bedenkt, daß, wie der schon zitierte Falk sagt, „es nicht in der Art der medizinischen Lehrweise der Alten gelegen hatte, Theorien und Erfahrungssätze durch ausführliche Krankengeschichten zu illustrieren. Diejenigen, welche wir über Irre finden, zeigen wohl, daß deren Verfasser viele solche Kranken zur Beobachtung und Behandlung bekommen haben, sie sind jedoch zu kurz und manchmal nur Kuriosa".

So erscheint es als gerechtfertigt, auf die nähere Untersuchung der Schriften der Alten zu verzichten. Ich möchte nur noch bemerken, daß für die hier in Betracht kommende Gruppe von Geistesstörung, d. h. dort, wo die Vermutung nahesteht, daß es sich um chronische Paranoia-Fälle handelt, wir vielerlei Bezeichnungen begegnen, die aber nur Synonyma sind und nicht nur für die oben erwähnten Fälle bestimmt sind, sondern in vielen Fällen als allgemeine Bezeichnung für „Irresein" dienen. So sagt auch Falk: „Wie übrigens in unserem Volksmunde die Worte: Verrücktheit und Wahnsinn für die verschiedensten Krankheitsformen, welche die Doktrin aufstellt, gebraucht werden, so bedienen sich auch jene Schriftsteller der Ausdrücke: *μανία*, amentia, vesania meist ohne Unterscheidung (ausgenommen ist Cicero, welcher eine Nomenklatur versucht)."

Das Mittelalter „mit seiner Zauberlehre, seinem Aberglauben, seinem Hexenwesen, wovon sich selbst die gebildetsten Leute nicht freimachen konnten", trägt wenig zur Klärung und Förderung der Psychiatrie bei.

Dagegen bietet die Berücksichtigung der Schriften der medizinischen Forscher des 18. Jahrhunderts für die Geschichte unserer Krankheitsgruppe großes Interesse.

Die Aerzte jenes Jahrhunderts, die ihre Fachwissenschaft von den Irrtümern und dem Aberglauben des Mittelalters befreiten, führten dieselbe wieder auf den Standpunkt zurück, welchen ihr die großen Aerzte des Altertums gegeben hatten. Schon im 16. Jahrhundert kam das klassische Altertum wieder zu Ehren, und auf dieser Grundlage aufbauend, versuchten schon diese Aerzte, in die unendliche Mannigfaltigkeit der psychischen Erkrankungen Ordnung und System zu bringen, durch eine Einteilung in typische Krankheitsformen; mit Recht nennt man diese Forscher Systematiker. In ihren Ausführungen über die Geisteskrankheiten finden wir den Kern für die klinische Stellung der Paranoia-Gruppe, sowie sie sich für die neueren Irrenärzte gestaltet hat.

Die Systematiker beschreiben die zur chronischen Paranoia gehörenden Fälle unter verschiedenen Bezeichnungen und fassen dieselbe bald als eine selbständige Krankheit, bald als eine Art der von diesen Autoren sogenannten Melancholie auf.

Boerhave (1669—1738) war vielleicht der erste, der die Traurigkeit und Furcht als kein wesentliches Symptom der „Melancholie" mehr anerkennen wollte. So sagt er: „Melacholia vocatur medicis ille morbus in quo aeger delirat diu et pertinaciter sine febre eidem fere et uni semper cogitationi defixus (Aphor. de cogn. et cur. morb. § 1089)."

Die nach ihm folgenden Schriftsteller faßten unter dem Namen „Melancholie" alle die Krankheiten zusammen, bei denen die Seele eine oder wenige fixe Ideen hat, die

sie irrig beurteilt, ihre übrigen geistigen Verrichtungen aber vollkommen gesund vollbringt.

Die Methodiker kehrten wieder zu den Hippokratischen und Galenischen Definitionen zurück und verbanden mit dem Ausdruck „Melancholie“ immer die Idee der Furcht und der Traurigkeit. Daher kam es, daß Linné (1735), wie Chiarugi bemerkt, die Melancholie in der Weise definiert, daß er sagt, sie sei eine chronische, partielle, mit Traurigkeit und Nachdenken verbundene Verstandesverwirrung. Indem er aber wahrscheinlich überlegte, daß es auch eine chronische, partielle, mit Ruhe verbundene Verstandesverwirrung gäbe, so machte er daraus eine andere Gattung und gab ihr den Namen „vesania“.

Cullen (1712—1790)[3] hebt die falschen Vorstellungen im Wahnsinn ganz besonders hervor; er schreibt darüber: „Ich verstehe nämlich unter einem partiellen Wahnsinn ein falsches und irriges Urteil über eine besondere Sache und dasjenige, was mit derselben in Verbindung steht, im übrigen jedoch der Patient über alle anderen Dinge wie die meisten anderen Leute urteilt.“

Der italienische Arzt Chiarugi[4] unterscheidet 3 Formen des Wahnsinnes: Melancholie, Manie, Blödsinn. Zu der ersteren zählte er zunächst diejenigen Fälle, die wir unter dem gegenwärtigen Begriff der Melancholie zusammenfassen („wahre Melancholie“), dann 2. diejenigen, die wir zurzeit als zum Begriff der chronischen Paranoia gehörig betrachten würden („falsche Melancholie“). Daß er in der Tat auch die Paranoia-Fälle im Auge gehabt hat, beweist folgender Satz: „Es kann dabei ein partielles falsches Urteil stattfinden, welches sich auf einen irrigen, zum Grund des Urteils ange-

3. William Cullen, Anfangsgründe der prakt. Arzneikunst, 4 Bd.

4. Chiarugi, Abhandlung über den Wahnsinn überhaupt und insbesondere; übersetzt durch Spohr, Leipzig 1795.

nommenen Satz stützt, auf welchen der Mensch, wie auf einen Mittelpunkt, alle übrigens richtig geleiteten Urteile zurückbringt, die aber irrig sind, weil der Grundsatz, aus dem sie herfließen, der Wahrheit nicht entspricht. Uebrigens stimmen die Handlungen und Urteile, welche mit diesem Grundsatz in keiner Verbindung stehen, mit den Begriffen der Vernunft und mit den Zeugnissen der Sinne überein" (§ 48).

Ueber das Wesen der Krankheit äußert sich Chiarugi in folgenden trefflichen Ausführungen: „Es ist ein allgemein bekanntes Gesetz der Seele, daß sie, wenn sie den Eindruck eines Dinges auf das Sensorium wahrgenommen, und sich damit eine gewisse Zeit lang beschäftigt hat, denselben nun nicht mehr unterdrücken oder verwischen kann: sehr leicht widmet sie ihm alsdann eine tiefe und anhaltende Betrachtung, und das Gedächtnis stellt dem Wahrnehmungsvermögen die Idee davon sehr oft vor; ja, um mich Lorrys Ausdrucks zu bedienen, die Bewegungen in der Phantasie werden so oft wiederholt, als ob die einmal erregte Schwingung unaufhörlich wiederhallte, daß die Seele sich selbst wider Willen die Fertigkeit oder Gewohnheit zu eigen macht, sich mit nichts anderem als mit derselben Idee und was mit ihr in Verbindung steht, zu beschäftigen; und die Phantasie gewöhnt sich ebenfalls, dieselbe der Seele immer vorzustellen. Die Seele wird endlich notwendig von der Wahrheit und Stärke des Gegenstandes, der ihr immer vorschwebt, überzeugt, und urteilt folglich demgemäß, wozu sie dieser veranlaßt. In dieser Ueberzeugung der Seele nun scheint mir das Wesen der Krankheit („Melancholie") zu bestehen. Im Ganzen ist auch der Fehler davon nicht verschieden, wo sich die Seele mit wirklichem und wahren Gegenständen beschäftigte, aber über dieselben auf eine Art urteilt, welche der gewöhnlichen Ordnung regelmäßiger menschlicher Handlungen nicht entspricht. Sobald Leidenschaften übermäßig stark sind, werden sie Wahnsinn, wenn sie auch einen wirklichen Gegenstand zum Grunde haben; und der ist als ein

wirklich Phantasierender zu betrachten, welcher bei einer leichten Ursache anhaltend und mehr als es der Gegenstand verdient, in Traurigkeit, Furcht, Ausgelassenheit und Wut versetzt wird. Folglich macht nicht bloß der Irrtum in Rücksicht des Gegenstandes an sich, sondern auch ein Irrtum in Rücksicht der ihn betreffenden Umstände, die Melancholie aus.“ (§§ 386, 397. Ueber die generische und spezifische Natur der Melancholie.)

Chiarugi stellt nun folgende Varietäten der „falschen“ Melancholie (Melancholia spuria) auf:

Synonyma:

1. Vesania, Linnee, Gen. + 70.
2. Insania hilaris (Celsus de medic. L. III cap. 18).

Varietäten des Grades:

1. Melancholia Moria, Nenter Tab. 71.
   Erasm. Eloge de la folie, Sauv. Sp. 5.
2. beatifica, Sagar Sp. 12.
   cum gaudio et risu, Ettmüller Coll. praet.
3. Melancholia saltans, Sauv. Sp. 2.

Varietäten des Gegenstandes:

1. Melancholia amatorica, Sauv. Sp. 2.
   Erotomania, Lin. gen. 82, Sauv. Path. Meth.
   (Ein keusches Verlangen verliebter Personen — desiderium amantium pudicum.)
2. Melancholia Scytharum, Sauv. Sp. 10.

Diese letzte Art hat ihren Namen daher, weil sie einen bei den Scythen vorkommenden religiösen Wahn darstellt. Hippokrates erzählt nämlich, daß die Scythen infolge des beständigen Reitens ohne Steigbügel schließlich impotent würden, und daß sie dann infolge der vergeblichen Beischlafsversuche in den Glauben versetzt würden, von den Göttern bestraft worden zu sein. Sie ziehen dann Weiberkleider an und gebärden sich wie Weiber.

Von der Einteilung Hoffbauers[5] (1803) ist für uns von Interesse die Klasse der Verrückungen, da Hoffbauer zu diesen Paranoia-Fälle zählt.

Bei dieser „Verrückung“ finden sich nun zwei Arten:

1. der Wahnsinn,
2. der Wahnwitz.

Unter dem Wahnsinn versteht er eine Art von Verrückung, die darin besteht, daß der Mensch fortwährend Empfindungen wirklicher Gegenstände mit Einbildungen verwechselt, oder: eine Verwechslung zwischen dem, was die Einbildungskraft einem vorspiegelt, und dem, was man in Wirklichkeit empfindet.

Der Wahnwitz äußert sich in falschen Urteilen oder bestimmter in falschen Schlüssen. „Denn auch der Wahnsinnige urteilt falsch, wenn er dem, was er sich einbildet, Wirklichkeit beilegt. Sein falsches Urteil stammt aber zunächst nicht aus einem falschen Schlusse, sondern vielmehr aus falschen Voraussetzungen, die ihm Erfahrungen schienen. Denn wenn hier von falschen Schlüssen die Rede ist, so können nur die gemeint sein, die in ihrer Form falsch sind, nicht die, welche es in ihrer Materie sind; oder bei welchen der Fehler in der Art, zu schließen, liegt“ (S. 231 Teil III).

Hoffbauer weist ausdrücklich darauf hin, daß beim Wahnwitz der Verstand an sich nicht geschwächt ist, und betrachtet diesen Umstand als wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal zwischen dem Wahnwitz und dem Blödsinn.

Zu den ersten, welche den Namen „Paranoia“ bereits im gleichen Sinne gebrauchten, wie die Psychiater der Neuzeit, gehört Heinroth. Sein im Jahre 1818 erschienenes Lehrbuch über „Störungen des Seelenlebens“[6] ist in jeder

---

5. Hoffbauer, Untersuchungen über die Krankheiten der Seele. Halle 1802, Teil I; 1803, Teil II; 1807, Teil III.

6. Leipzig 1818. Verlag Vogel.

Hinsicht, ein interessantes Dokument der damaligen Irrenpflege.

Nach Heinroth muß „der Moment der Zeugung des unfreien Zustandes“ stets auf eine bestimmte Tätigkeit der Seele treffen, entweder auf eine solche des Geistes, des Gemütes oder des Willens.

Trifft nun der unfreie Zustand im Zeugungsmoment der Seelenstörung auf die Tätigkeit des Verstandes, so fixiert er dieselbe als „Verrücktheit“ (Paranoia).

Als eine Form der „Paranoia“ stellt Heinroth die „reine Verrücktheit“ (Paranoia simplex) auf, deren spezifischer Charakter in „Unfreiheit des Geistes mit Verstandesüberspannung, in Vermehrtheit der Begriffe und der Urteile besteht“.

Zu der ersten Unterart der „reinen Verrücktheit“, zu dem Wahnwitz, rechnet Heinroth, wie aus seiner Definition für diese Art hervorgeht, die chronischen Paranoia-Fälle. Ihren spezifischen Charakter formuliert er folgendermaßen: „Verstandesverrücktheit in Beziehung auf Gegenstände und Verhältnisse der Außenwelt, wozu auch die Beschaffenheit des eigenen leiblichen Organismus gerechnet wird. Der Kranke scheint, bis auf seine Begriffe und Urteile, die oft nur in Beziehung auf einen einzigen Gegenstand verkehrt und widersinnig sind, gesund zu sein, wiewohl ihn seine Sprache und seine Handlungen verraten, die das Gepräge seines geistigen Zustandes an sich tragen“.

Auch über die ungünstige Prognose läßt sich Heinroth aus; frische Fälle hält er einer Heilung fähig, bei veralteten ist jede Hoffnung aufzugeben.

Neben diesem Auszug aus Heinroths Arbeit weise ich noch auf die 1821 erschienenen Auslassungen Georgets[7]

---

7. Georget, „Ueber die Verrücktheit“, übers. u. mit Beilagen v. Joh. Christ. Aug. Heinroth, Leipzig 1821.

hin. Letzterer unterscheidet 5 Gattungen: Manie, Monomanie, Stumpfsinn, angeborenen und Nachblödsinn.

Die drei ersten Gattungen, „die nur in Störungen, in fehlerhaften Tätigkeiten des Verstandes bestehen", bilden eine Klasse, welche Georget „Verrücktheit" nennt.

Ueber die „Monomanie" schreibt Georget in charakteristischer Weise folgendes: „Wenige fixe, herrschende Vorstellungen, um die sich das Irresein ausschließlich bewegt, über alle übrigen Gegenstände ein ziemlich gesundes Urteil, machen den Charakter dieser Gattung aus, welche unstreitig am häufigsten vorkommt." Er fährt dann später weiter fort: „Die Vorstellungen, welche den Charakter des Verrücktseins in der Monomanie bilden, beziehen sich entweder auf die lebhafte Wirkung eines geistigen Reizes oder haften noch öfter am Charakter des Individuums selbst, oder sind endlich von beiden Bedingungen unabhängig. Daher eine große Zahl von Arten und Varietäten dieser Gattung. Ehrgeiz und Stolz bei Männern, Eitelkeit, Liebe, Bigotterie bei Frauen charakterisieren diese Krankheit häufig. So gehört die Vorstellung, sich für Gott, für einen König, für einen Propheten zu halten, dem Stolze an; aber der Eitelkeit mehr als dem Stolz, wenn Frauen sich für Königinnen oder Prinzessinnen halten: denn ihnen liegt bei diesem Zustande mehr der Putz als die Herrschaft im Sinne."

Diese Schilderung der Monomanie zeigt wohl ohne weiteres, daß diese Erkrankung mit unserer Paranoia identisch ist. Aus seinen weiteren Ausführungen ist auch ersichtlich, daß er die Paranoia und Melancholie in gegenwärtigem Sinne nicht scharf auseinanderhält und diese, wie jetzt allgemein bekannt, ganz verschiedenen Geistesstörungen als eine Krankheit mit verschiedenen Varietäten betrachtet; ein gleiches finden wir bei Esquirol.

---

8. Blumröder, Ueber das Irresein. Leipzig 1836.

Blumröder[8] (1836) bezeichnet die Paranoia als „partiellen, fixen Wahnsinn", weil „der fixe Wahnsinn über alle außerhalb seiner irren Richtung liegenden Beziehungen ganz richtig, scharfsinnig und klar urteilt", und da ferner seiner Meinung nach kein Schwachsinn, sondern nur eine fehlerhafte Richtung des Denkens vorliegt.

Die französische Schule ist in jenen Jahren hauptsächlich den Anschauungen Esquirols gefolgt, welcher mit seiner „Monomanie" im Jahre 1838 auf den Plan trat[9]. Diese Bezeichnung, die nebenbei bemerkt, noch in neuerer Zeit der deutsche Psychiater Snell gebraucht hat, soll zum Ausdruck bringen, daß die Geistestätigkeiten nur nach einer Richtung, entweder in bezug auf das Denken, Fühlen oder Wollen erkrankt sind.

Und so unterscheidet Esquirol[10] eine intellektuelle, affektive und instinktive Monomanie. Davon ist die erstere, die intellektuelle, der Kern der später als partielle Verrücktheit hervorgehobenen Gruppe, für welche sodann der Name Paranoia zur besonderen Bezeichnung wird. Diese Form ist, wie Heinroth bemerkt, vom Autor in vortrefflicher und ganz nach der Natur gezeichneten Weise geschildert. Ich möchte den wichtigsten Teil dieser Schilderung hier im Wortlaut anführen:

„Après avoir exposé les caractères de la lypémanie (mélancholie avec délire), je dois faire connaître cette forme du délire partiel, à laquelle j'ai donné le nom de monomanie; mais avant je tâcherai d'indiquer les caractères differentiels de ces deux formes de délire.

---

9. Esquirol, Maladies mentales, Tome 2. Paris 1838 S. 1.

10. Esquirol hat die Einteilung Georgets angenommen, jedoch mit einigen nützlichen Aenderungen. Er hat dem melancholischen Irresein den Namen Monomanie gegeben, weil dasselbe nicht immer vom „Hang zur Traurigkeit" begleitet ist. Außerdem trennt er den angeborenen Blödsinn von dem erworbenen und bringt letzteren unter die Rubrik der Geistesschwäche. Hierüber unten Genaueres.

La monomanie et la lypémanie sont des affections cérébrales chroniques, sans fièvre, caractérisées par une lésion partielle de l'intelligence, des affections ou de la volonté. Tantôt le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet ou sur série d'objets circonscrits; les malades partent d'un principe faux, dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques, et dont ils tirent des conséquences légitimes qui modifient leurs affections et les actes de leur volonté; hors de ce délire partiel, ils sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde; des illusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées, des convitions fausses, erronées, bizarres, sont la base de ce délire que je voudrais appeler monomanie intellectuelle. Tantôt les monomaniques ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leurs caractères sont pervertis, par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite: c'est ce que les auteurs ont appelé manie raisonnante, mais que je voudrais nommer monomanie affective. Tantôt la volonté est lésée: le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réprouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer; les actions sont involontaires, instructives, irrésistibles, c'est la monomanie sans délire, ou la monomanie instinctive. Tels sont les phénomènes généraux que présente le délire partiel ou la monomanie; mais suivant que le délire est expansif ou concentré, gai ou triste, il existe des différences qu'il faut signaler" (S. 1).

Zu Beginn der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist die Psychiatrie zu einer besonderen Disziplin medizinischer Wissenschaft geworden.

Besonders macht sich das Bestreben geltend, in die unendliche Fülle der einzelnen psychopathologischen Krankheitsbilder Ordnung und System zu bringen durch eine Ein-

teilung derselben in eine Anzahl von typischen Krankheitsformen.

Der erste solche Versuch, der in Deutschland allgemeinere Bedeutung erlangt hat, rührt wohl von Zeller her.

Zeller, welcher 4 Stadien des Irreseins unterscheidet, äußert sich über die 3. Form, die „Verrücktheit", dahin, daß sie nie als primäre Form auftrete, sondern sich gewöhnlich im Gefolge der Schwermut oder noch häufiger in dem der Tollheit zeige.

Die Grundkrankheit ist nach seiner Ansicht alsdann vorüber, und die Verrücktheit stellt den Rest der Krankheit dar. Eine gewisse Ruhe nach dem Sturm ist eingekehrt, und der Kranke pflegt, systematisiert und wehrt seine fixen Ideen „mit allen Waffen der Sophistik". Der Kranke ist gewissermaßen als eine andere Persönlichkeit aus dem Kampfe hervorgegangen. Alle Erscheinungen der Außenwelt bringt er nach und nach mit seinen Ideen in Verbindung usw.

Diese Ansicht Zellers, daß die Verrücktheit aus der Tollheit oder der Schwermut entspringe, beruht wohl auf falscher Beobachtung. Anscheinend faßt er die infolge der Wahnideen auftretenden Stimmungsanomalien als selbständiges Krankheitsbild auf und bezeichnet als Verrücktheit das spätere Stadium der Krankheit, in dem der Kranke bereits zur fälligen Systematisierung seines Wahnes gekommen ist.

Ellinger[11] schließt sich sowohl der Einteilung und Nomenklatur als auch den Ansichten Zellers an; er unterscheidet ebenfalls folgende vier Hauptformen des Irreseins: Schwermut, Tollheit, Verrücktheit und Blödsinn. Die dritte Form, die Verrücktheit, die, wie wir aus der Schilderung derselben sehen werden, mit der gegenwärtigen chronischen Paranoia identisch ist, beschrieb er folgendermaßen: „Die

---

11. Ellinger, Zeitschrift f. Psych. Bd. 2 S. 22. „Ueber den Einfluß der Selbstbefleckung auf die Erzeugung irrer Zustände".

Verrücktheit zeigte im allgemeinen den wahnhaften Ausdruck, von welchem eine der angegebenen Formen der Gemütskrankheit begleitet war, aus der sie sich entwickelte. Bei der ziemlich häufigen, unmittelbaren Herausbildung aus der Schwermut bedurfte es nur eines Zurückweichens der gemütlichen Teilnahme in eine systematische Abrundung der wahrhaften Vorstellungen, und da fand man in ungefähr gleicher, aber nicht großer Häufigkeit und ineinander verschmolzen die Vorstellungen von äußeren Einwirkungen auf den Körper im allgemeinen und auf einzelne Teile insbesondere, sowie von dem Besitze schadhafter, giftiger Stoffe im Körper. In ersterer Beziehung wähnten die Kranken, daß ihnen durch magnetische oder elektrische oder irgendwelche übernatürlichen Kräfte, denen sie zum Teil eigene Maschinen unterlegten und eine eigene Terminologie gaben und durch Einräucherungen mit giftigen Stoffen von gewissen Personen auf ihre Empfindungen, Sinneswahrnehmungen und Gedanken eingewirkt würde, und daß sie durch diese Einflüsse oder durch zurufende Stimmen, äußere und innere böse Geister, selbst durch jedweden Gegenstand, der in ihrer wahnsinnigen Auffassungsweise eine Bedeutung erhält, zur Onanie aufgefordert und veranlaßt würden; in letzterer, daß sie durch Onanie die schadhaften Stoffe aus dem Körper entfernen oder überhaupt für ihre Gesundheit wirken müßten. In anderer Weise äußerte sich die Verrücktheit bei dem häufigen Uebergang der Tollheit in dieselbe, und zwar in dem fix gewordenen Wahne von einer hohen Bedeutung der eigenen Persönlichkeit. In religiöser Beziehung konnte sich aus dem niederdrückendsten Gefühle der Sündhaftigkeit mit raschem Durchgang durch die Tollheit der Wahn der Sündlosigkeit herausschwingen — in einzelnen Fällen, wie ein Kranker versicherte, als selbstgesetztes Gericht gegen die Pein oder Gewissensbisse, wohl aber nur als Ausdruck der besonderen Stimmung des Gemeingefühles, oder es konnte sich nach mannigfachen Schwankungen der Wahn festsetzen,

mit der Darbringung des Samens Sünder erlösen oder irgendwelche Gott wohlgefällige und notwendige Handlung verrichten und für das menschliche Wohl überhaupt sein Höchstes hingeben zu können (fleischliches Messiastum). In anderen Beziehungen brachten es die Kranken zu den Ehren und Würden ausgezeichneter Dichter und Philosophen, hoher Militär- und Staatspersonen und von Prinzen.

Bei genuiner Entwicklung zeigte sich mehr allgemeine Verkehrtheit und Verwirrtheit, doch auch verbunden mit hoher Selbstschätzung. Häufig fand man Gehörstäuschungen, in einzelnen Fällen ziemlich isoliert stehend und im innigen Zusammenhang mit der sexuellen Aufregung; in einem Falle schon im Knabenalter" (S. 39, 40, 41).

Wir sehen also, daß Ellinger auch eine „genuine" Entwicklung der „Verrücktheit" hervorhebt. Bei dieser Art der Entwicklung zeigte sich, wie der Autor behauptet, mehr allgemeine Verkehrtheit und Verwirrtheit verbunden mit hoher Selbstüberschätzung und Gehörstäuschungen.

Griesinger[12], der Altmeister der Psychiatrie, unterscheidet zwei große Gruppen des Irreseins: eine umfaßt primäre, heilbare, die andere sekundäre[13], unheilbare Krankheiten; die erste enthält die Formen der Schwermut, der Tobsucht und des Wahnsinns; die zweite die Formen der Verrücktheit und des Blödsinns. In bezug auf diese Einteilung sagt er: „Zwei große Gruppen psychisch-anomaler Grundzustände ergeben sich aus der Analyse der Beobachtungen als die beiden wesentlichsten Verschiedenheiten des Irreseins. Einmal nämlich beruht dasselbe auf dem krankhaften Entstehen, Herrschen, Fixiertbleiben von Affekten und affektartigen Zuständen, unter deren Einflusse nun das ganze

12. W. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Erste Aufl. 1845 und zweite Aufl. 1867.

13. Die aus den der ersten Gruppe angehörigen herausgebildeten Zustände

psychische Leben die der Art und Weise des Affekts adäquaten Modifikationen erleidet. Das andere Mal besteht das Irresein in Störungen des Vorstellens und Wollens, die nicht mehr von dem Herrschen eines affektartigen Zustandes herrühren, sondern ein, ohne tiefere Gemütserregtheit selbständiges, beruhigtes falsches Denken und Wollen (meist mit dem herrschenden Charakter physischer Schwäche) darstellen. Die Beobachtung ergibt nun weiter, daß die Zustände, die in der ersten Hauptgruppe enthalten sind, in der außerordentlichen Mehrzahl der Fälle den Zuständen zweiter Reihe vorangehen, daß die letzteren gewöhnlich nur als Folgen und Ausgänge der ersteren, bei nicht geheilter Gehirnkrankheit auftreten. Es zeigt sich ferner innerhalb der ersten Gruppe, bei einer größeren Durchschnittsbetrachtung wieder eine gewisse bestimmte Aufeinanderfolge der einzelnen Arten affektartiger Zustände und so ergibt sich eine Betrachtungsweise des Irreseins, welche in dessen verschiedenen Formen verschiedene Stadien eines Krankheitsprozesses erkennt, welcher zwar durch die mannigfachsten interkurrierenden pathologischen Ereignisse modifiziert, unterbrochen, umgeändert werden kann, im ganzen aber einen steten sukzessiven Verlauf einhält, der bis zum gänzlichen Zerfall des psychischen Lebens gehen kann."

Griesinger steht also auf dem Standpunkt, daß die chronische einfache Paranoia zuweilen ohne Affekte entsteht, eine Anschauung, die z. T. auch mit der unsrigen in Einklang steht. Seine u. a. gemachte Behauptung, daß man bei dieser Gruppe oft anatomische Veränderungen am Gehirn finde, in Form von Gehirnatrophie, Oedem der Hirnhäute und Hydrocephalus, bezieht sich wahrscheinlich auf die Unterform der zweiten Gruppe, den Blödsinn. Bezüglich der Angabe, daß die Zustände der ersten Gruppe gewöhnlich das Vorstadium der zweiten bilden, ist zu bemerken, daß auch Griesinger das Krankheitsbild der Paranoia nicht in

seiner Einheitlichkeit aufgefaßt, sondern in demselben zwei getrennte Krankheitsformen erblickt hat.

Es ist noch zu beachten, daß Griesinger die partielle wie die allgemeine Verrücktheit unter die zweite Gruppe als psychische Schwächezustände einreiht. „Hier taucht", sagt Sommer (Deutsche Klinik Bd. VI, 2 1906 Paranoia), „der psychiatrische Begriff der psychischen Schwäche, der sich seitdem zu dem Begriff des Schwachsinnes ausgebildet hat, auf. Damit ist eine Diskussion eröffnet, in der wir uns noch jetzt befinden. Die Frage kann ungefähr so formuliert werden: Inwieweit zeigen die mit fixierten Wahnvorstellungen behafteten Kranken psychische Schwäche"? Griesinger hat sich allerdings sehr deutlich hierüber ausgesprochen, und zwar sagt er: „Es hat sich allmählich ein neuer mittlerer Stand des psychischen Tonus, ein neues Gemüt und ein neuer Charakter gebildet; die Kranken sind jetzt nicht etwa die vorigen Menschen plus einige Irrtümer oder eine einzige Wahnvorstellung; sie sind durch und durch andere geworden. Diese durchgreifende Veränderung, welche natürlich da am deutlichsten sich zeigt, wo der allgemeine melancholische Schmerzzustand, die allgemeine maniacalische Exaltion nunmehr gänzlich erloschen ist, besteht wesentlich in Abstumpfung und Schwäche aller psychischen Reaktionen, in Gemütsleere, Gleichgültigkeit und verminderter Energie des Willens . . ."

„Nur von einer Seite kann der psychische Tonus noch immer schnell bestimmt und verändert, können Gemütsaffekte und Willensreaktionen noch immer schnell hervorgerufen werden: man berühre ernstlich den fixen Wahn, man trete seiner Aeußerung mit Raissonnement, seiner Geltendmachung mit Gewalt entgegen, sogleich wird der Kranke zornig, heftig werden; man schmeichle dem Wahne und er wird sich freuen" (S. 329, 2. Aufl.).

Wir können die Auslegung der Griesingerschen Lehre von der „partiellen Verrücktheit" nicht besser schließen

als mit den Worten Sommers (Paranoia, Dtsch. Klinik, Bd. VI, 2): „Mag nun auch die Griesingersche Anschauung, daß die fixierten Wahnbildungen sich stets aus akuten Störungen gewissermaßen als Restzustände bei ausbleibender Heilung entwickeln, unhaltbar sein, so war doch durch Griesingers Auffassung ein wichtiges Problem aufgestellt, mit dessen Lösung die Forschung bis in die Gegenwart beschäftigt ist, nämlich das Studium des Ablaufes. Machte man im Gegensatz zu Griesinger die Beobachtung, daß in manchen Fällen die Wahnbildungen sich ohne ausgeprägtes melancholisches oder maniakalisches Vorstadium selbständig entwickelten, so mußte im Gegensatz zu dem chronologischen Moment der Griesingerschen Lehre der Begriff der primären Verrücktheit in den Vordergrund treten. Trotz des darin enthaltenen Gegensatzes zu Griesinger ist dessen Lehre hierbei zum mindesten der Gegenstand der Beziehung gewesen. Ebenso gehen die Diskussionen über die Frage der geistigen Schwäche bei chronischen Wahnbildungen partieller Natur im wesentlichen auf Griesingers Stellung zu der Frage zurück."

Im Jahre 1852 beschrieb der französische Arzt Lasègue[14] in klassischer Weise die chronische Paranoia mit prädominierendem Verfolgungswahn (Délire des persécutions).

Morel[15] machte 1852 die Beobachtung, daß bei epileptischem, hysterischem und hypochondrischem Irresein eine Umwandlung (Transformation) der hypochondrischen Ideen in Verfolgungs- und daran anschließend in Größenwahn stattfinden könne. Darum bezeichnet er diese Gruppe als „Folies par transformation" (3. Gruppe seiner Einteilung).

Wenn auch diese Angabe nicht in allen Fällen ihre Bestätigung findet, so hat Morel doch das Verdienst, hier-

14. Lasègue, Délire des persécutions (Arch. de méd. 1852).
15. Morel, Etudes cliniques 1852, S. 163—166 und 363—367.

durch auf einen Entwicklungsmodus der Paranoia hingewiesen zu haben.

8 Jahre später (1860) nahm Morel[16] für Esquirols Monomanie die Bezeichnung „Folie systématisée“ an. Seine beiden ersten Klassen der Entarteten (1. Gruppe seiner Einteilung, aliénations héréditaires) umfassen fast alle diejenigen Formen, welche später unter dem Namen „Délires systématisés primitifs“ beschrieben worden sind.

Die für die damalige Zeit gutgewählte Einteilung Hoffmanns[17] besteht aus drei Hauptgruppen: Blödsinn (Dementia, Verrücktheit (Monomanie) und Irresein (Vesania), die wieder in 15 Unterabteilungen zerfallen; ihr Schema ist folgendes:

	Blödsinn					Verrücktheit				Irrsinn				
	symptomatischer			terminaler										
Imbecillität	paralytischer	epileptischer	anderweitiger	agitierter	apathischer	melancholische	exaltierte	halluzinatorische	instinctive	totaler	Melancholie	Stupidität	Tobsucht	Verwirrtheit
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Unter Verrücktheit, Monomanie, versteht er eine Geisteskrankheit, bei der ein spezielles Motiv, bestehend in Sinnestäuschungen, krankhaften Einbildungen oder Trieben resp. daraus zusammengesetzt, so oft ins Spiel kommt, das Urteil, Gefühl und Handeln bestimmt, so daß es zur Grundlage eines Gedankensystems werden kann. Zustände, welche in der

16. Morel, Traité des maladies mentales, 1860 S. 126, 253, 265, 703.

17. Fr. Hoffmann, Ueber die Einteilungen der Geisteskrankheiten in Siegburg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 19 S. 367.

Regel lange unverändert bestehen, wobei der Schein der freien Selbstbestimmung besser gewahrt wird und die Fähigkeit zu Leistungen größer ist als in anderen Seelenstörungen.

Hoffmann ist nicht mit Solbrig[18] einverstanden, daß die Monomanie, wie der letztere meint, das Produkt der Tobsucht und Melancholie sei, indem sie daraus durch Zurücktreten des Affekts und Abschwächung der psychischen Kontrasttätigkeit hervorgegangen ist. Nach seiner, Hoffmanns, Meinung ist die Verrücktheit immer eine primäre Krankheit.

Er unterscheidet eine melancholische, eine exaltierte, eine halluzinatorische und eine instinktive Verrücktheit. Die erstere zeigt als Hauptmerkmal den Verfolgungswahn, während die zweite durch Größenwahn charakterisiert ist. Die dritte, halluzinatorische, ist, wie schon ihr Name besagt, durch Sinnestäuschungen gekennzeichnet; die vierte schließlich ist das Delirium der Handlungen.

Sie ist als selbständige Psychose selten: man kann sie am besten als ein Stadium der paralytischen Geisteskrankheit in der Epoche des Stehl-, Kauf-, Verschwendungstriebes beobachten.

Auf diese Weise charakterisiert Hoffmann die vier von ihm aufgestellten Arten der Verrücktheit.

Snell[19] beschrieb im Jahre 1865 die chronische Form der Paranoia unter dem Namen „Monomanie". In seinen klassischen Abhandlungen über dieses Thema gibt er seiner Ansicht Ausdruck, daß die Krankheit als eine primäre Form der Seelenstörung anzusehen sei. Er versteht unter der Monomanie eine Psychose, welche sich durch das Hervortreten einzelner Reihen von Wahnideen, oft mit Halluzinationen kombiniert, charakterisiert. Die Gesamtheit des

18. Allg. Zeitschr. f. Psych. XIV. S. 292.

19. Snell, Ueber die Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXII, 1865. S. 368.

geistigen Lebens ist bei dieser Form weniger alteriert als bei den anderen Geisteskrankheiten. Bei der Besprechung der Entstehung weist er zunächst darauf hin, daß über diesen Punkt eine außerordentlich große Meinungsverschiedenheit herrsche. Die allgemein in Deutschland verbreitete Ansicht, daß die Psychose eine Sekundärerscheinung der Melancholie oder Manie sei, hat auch Snell anfangs geteilt. Jedoch kam er durch die Beobachtung des Verlaufs der beiden genannten Affektpsychosen bald zu der Ueberzeugung, daß man es bei der Monomanie mit einer selbständigen, primär auftretenden Form zu tun habe. Er betont zugleich, daß die Krankheit fast immer von Halluzinationen begleitet wird, wo diese fehlen, sind sie durch ein vermehrtes Auftreten von Wahnideen ersetzt.

Das Resumé seiner Abhandlung faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1. „Die Monomanie (oder der Wahnsinn) entwickelt sich in ihrer reinen Form als primäre Seelenstörung.
2. Die aus Manie und Melancholie hervorgegangenen ähnlichen Krankheitszustände unterscheiden sich von der reinen Monomanie durch allgemeines Ergriffensein des Seelenlebens.
3. Die Entwicklung der Monomanie ist zweifacher Art. In der Mehrzahl der Fälle entsteht sie allmählich, selten unter den mehr stürmischen Erscheinungen eines akuten Leidens.
4. Die Verfolgungsideen mit gehobenem Selbstgefühl bilden den Grundcharakter dieser psychischen Krankheitsform.
5. Die Ueberschätzungsideen sind gewöhnlich sekundäre, können aber auch den Verfolgungsideen vorangehen, oder sich gleichzeitig mit denselben entwickeln.

Die Arbeit Snells über die Monomanie usw. war somit eine Reaktion und sogar, wie wir bald sehen werden, ein

Totschlag der Lehre Griesingers von der, bereits oben besprochenen, ausschließlich sekundären Entstehung der „partiellen Verrücktheit".

Griesinger, der sich gegen die Anschauung Snells, daß die „partielle Verrücktheit" primärer Natur sei, anfangs energisch sträubte, hat endlich (zwei Jahre nach dem Erscheinen der Arbeit Snells, 1865, also im Jahre 1867) die Richtigkeit dieser Anschauung bestätigt, indem er sich in seinem Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin, 2. Mai 1867[20], dahin erklärte:

„. . . es gibt namentlich auch höchst interessante Zustände, wie die beiden Hauptarten der Primordialdelirien sich sehr langsam nebeneinander entwickeln, wo bei dieser Langsamkeit, die sich über eine Reihe von Jahren erstreckt, die sich widerstrebenden Vorstellungen (Größenwahn und Verfolgungswahn) Zeit haben, sich allmählich zusammenzuordnen, zu durchdringen und zu festen Gedankenverbindungen, zu einem sog. System von Wahnvorstellungen aufs engste zusammenzuwachsen. Es bildet sich oft hier eine höchst eigentümlich ineinander gearbeitete Mischung von Verfolgungs- und Größenwahn. Diese Kranken besitzen große Güter und Erbschaften, um die sie betrogen, wegen deren sie verfolgt werden, sie sind Kinder der höchsten Personen, die aber nicht anerkannt, deren Rechte mißachtet werden usw. Diese eigentümliche, sehr chronische Störung halte ich nicht mehr (wie in meinem Buche) für sekundär, habe mich vielmehr von der protogenetischen Bildung dieser Zustände überzeugt und bezeichne sie jetzt als primäre Verrücktheit."

Ein Jahr später, 1868, erschien die bekannte Arbeit Sanders „Ueber eine spezielle Form der primären Verrücktheit"[21]. Dieser Autor belegt diese „spezielle" Form der Verrücktheit mit dem Namen „originäre Verrücktheit",

20. Archiv für Psych. Bd. I, S. 148.

weil die betreffenden Individuen von Haus aus krankhaft organisiert erscheinen und schon in ihrer Jugend, selbst wenn man sie da nur als disponiert bezeichnen will, die Neigung haben, ihre Gedanken mit Vernachlässigung der Wirklichkeit in träumerischer Weise auszuspinnen, gerade wie sie es später mit ihren krankhaften Vorstellungen in fast romanartiger Weise tun.

Den Ausdruck „Verrücktheit" findet er als sehr passend für die ganze Gruppe, weil der Standpunkt dieser Kranken, von wo aus sie ihr Verhältnis zur übrigen Welt beurteilen, von der normalen Stelle gerückt, also verrückt ist.

In ätiologischer Beziehung legt Sander das meiste Gewicht auf die hereditäre Anlage (bei der originären Verrücktheit und bei primärer überhaupt). „Fast alle oder vielmehr, man kann es wohl behaupten, alle diese Kranken stammen von Eltern ab, welche unter die Klasse der neuropathischen Individuen gehören." „Ein anderes Moment, welches in der Aetiologie und Pathogenese der primären Verrücktheit von wesentlichem Einflusse zu sein scheint, bilden die nervösen und cerebralen Erkrankungen in der Kindheit." Ich werde unten, bei Besprechung der Varietäten, auf diese Arbeit Sanders noch zurückkommen.

1873 hat Snell unter dem Namen „Wahnsinn" diejenigen Zustände der Geistesstörung beschrieben, die er früher „Monomanie" bezeichnete (er hatte inzwischen den Namen „Monomanie" aufgegeben); dabei gab er eine neue Einteilung des Wahnsinns, indem er einen primären oder eigentlichen Wahnsinn und sekundären oder uneigentlichen Wahnsinn, hervorgegangen aus Melancholie oder Manie oder Epilepsie unterschied. Seiner Schule schlossen sich Nasse Herz[22], Schäfer, Ripping an.

---

21. Archiv f. Psych. 1868—69, Bd. I, S. 387.
22. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34.

Samt[23] faßt die Verrücktheit ebenfalls als eine primäre Krankheit, als eine Krankheit sui generis, auf. – Er stimmt Sander darin bei, daß es für die Auffassung nicht nur der Klasse der Verrückten, sondern auch der andern Geisteskrankheiten nicht sowohl auf die jeweilige Stimmung oder Wahnidee, als vielmehr auf die ursprüngliche psychische Anlage, auf die Ursache und den Verlauf der Krankheit, kurz auf den Entwicklungsgang im ganzen ankomme. Im Jahre 1874 beschrieb dieser Autor die chronische halluzinatorische Verrücktheit, die er, seiner Behauptung nach, Gelegenheit gehabt hat, genauer zu studieren.

Samt schildert zwei Formen dieser Geistesstörung: eine halluzinatorische deprimierte Verrücktheit und eine halluzinatorische exaltierte Verrücktheit.

Die erste Form, die depressive, hat eine meist sehr lange Inkubationsdauer; das Klimakterium gilt oft als Anstoß zum Ausbruch dieser Psychose. So behauptet denn auch Samt, daß er die Krankheit häufiger bei Frauen als bei Männern beobachtet habe. „Unter 11 reinen Fällen betrafen 9 Frauen, 5 darunter im Klimakterium.“

Die deprimierte Form beginnt (fast ausnahmslos) mit Gehörshalluzinationen, und zwar mit Stimmen (Akoasmen). Später erst kommt die Depression. Die Stimmen sind „exzentrisch projizierte Sinnessignale der Mechanik des psychisch Unbewußten. Sie verraten laut, was in der Region des Unbewußten passiert“ (S. 45).

Zu den Gehörshalluzinationen gesellen sich (in der Mehrzahl der Fälle) auch andre Halluzinationen; die Gesichtshalluzinationen aber sind sehr selten, was für diese Form charakteristisch ist.

Was die Wahnideen anbelangt, so sind das meistens Verfolgungsideen, die diese Zustände begleiten und den

23. Samt, Die naturwissenschaftl. Methode in der Psychiatrie. Berlin 1874.

Halluzinationen gewöhnlich unmittelbar folgen; diese Verfolgungsideen sind in der Regel „aus dem Unbewußten aufsteigende Zwangsvorstellungen, nicht bewußte Erklärungsversuche". Sie sind nicht eine logische Konsequenz der Halluzinationen, sie erwachsen vielmehr mit den Halluzinationen aus gleicher pathologischer Basis, und so unmittelbar wie jene (primär also!).

Die Entwicklung ist fast niemals eine rein chronische, da fast immer akute Stadien von mehrtätiger bis mehrmonatlicher Dauer interkurrieren. In den akuten Stadien kommen massenhafte Halluzinationen und Delirien, die sich mit allgemeiner Verworrenheit und Erregung kombinieren; die Verworrenheit kann sich dabei auf längere Zeit protrahieren.

Eine Transformation in exaltierte Verrücktheit hat Samt in keinem Falle gesehen. Größenideen kommen vor, aber „es sind mehr akzessorische Symptome".

Diese Psychose kann mit einer psychischen Schwäche enden, und diese tritt oft ein.

Samt wendet sich entschieden gegen das „alte Dogma" (er meint wahrscheinlich Griesinger), daß Verrücktheiten sekundäre Schwächezustände seien. Er sagt dazu: „Ich halte das Dogma in dieser Allgemeinheit für falsch. In der ersten Zeit, als ich Verrückte beobachtete, mühte ich mich oft stundenlang ab, bei jedem Verrückten die Schwäche zu erkennen. Es war oft vergeblich. Sie waren nur schwach in bezug auf ihre Delirien und Halluzinationen. Das ist aber Regel für alle Geisteskranken. Eine hiesige Melancholische, gefragt, warum sie nicht zu Stuhl gehe, antwortete: aus Angst, dabei eine Sünde zu begehen. Sind dies nicht exquisit schwachsinnige Reden? Nennt man aber deshalb die Melancholie einen psychischen Schwächezustand? — Mit nicht größerem Rechte darf es für die Verrückten im allgemeinen geschehen. Die Verrückten sind alle schwachsinnig in bezug auf ihre Delirien und Halluzinationen. Wer nur hierüber mit ihnen spricht, wird sie alle zu den unsinnigsten Aus-

drücken treiben können. Aber sowie ihr krankes Subjekt außer Spiel tritt, sowie sie über rein objektive Verhältnisse reden, verraten sie oft nichts von Schwäche. Es ist oft erstaunlich, wie originär gut begabte Verrückte, nachdem sie über objektive mit ihrer Krankheit in keinem Verbande stehende Verhältnisse ganz ausgezeichnet konversiert haben, dann plötzlich über ihre Delirien höchst schwachsinnig zu faseln beginnen.“ Halluzinationen und Vorstellungen können von Anfang an den unsinnigsten Inhalt haben, die Handlungen infolge der Halluzinationen und Delirien können arg verkehrt sein, aber Gedächtnis und objektives Urteil können selbst noch nach Dezennien intakt sein. Die Psychose (die sehr lang dauern kann) zeigt in ihrem Verlauf Remissionen und Exazerbationen.

Die zweite Form, die halluzinatorische exaltierte Verrücktheit zeigt ebenfalls einen ziemlich typischen Entwicklungsgang, sie hat aber keine typische und konstante Inkubationszeit, wie die erste, deprimierte Form. Auch entwickelt sie sich nicht aus Manie oder Melancholie; sie ist keine Transformation einer deprimierten Verrücktheit, sondern primär exaltiert.

In dieser Form der Verrücktheit spielen Gesichtshalluzinationen (Visionen) eine dominierende Rolle. Mit ihnen (Halluzinationen) und mit Offenbarungen beginnt die Psychose, dann folgt das Stadium der allgemeinen halluzinatorischen Exaltation. Im späteren Krankheitsverlauf beobachtet man verschiedene andere Halluzinationen, z. B. Geruchs-, Gefühls- (Koitushalluzinationen), Gehörshalluzinationen, die letzteren meist vager Art. Auch bei dieser Form ist eine psychische Schwäche nicht zu erweisen. Die Psychose dauert lange. So sagt er: „Auch nach jahrelangem Bestehen der Verrücktheit treten Halluzinationen manchmal episodisch auf.“

Der Autor hat, wie er selbst sagt, zu wenig Fälle gesehen, um genau den weiteren Verlauf im allgemeinen

schildern zu können; doch scheint er ihm nicht so typisch zu sein, wie bei der vorigen Form. .

Als Beispiele figurieren religiöse Wahnvorstellungen (nach dem Inhalt der Halluz.) und Größenwahn (oder wie er es nennt „Größendelirien").

In seiner Abhandlung über Paranoia (Real-Enzyklopädie Bd. 15) weist Mendel auf die große Bedeutung des in Hamburg gehaltenen Vortrags von Westphal (1876) hin, in welchem derselbe „nicht bloß die klinischen Tatsachen fixiert, sondern auch die Grundlage für weitere Forschung auf diesem Gebiete geschaffen hat." So beurteilt Mendel (Real-Enzyklopädie Bd. 15, Paranoia) die Bedeutung der Westphalschen Ausführungen über die Paranoia. Und es ist auch in der Tat keine Uebertreibung, wenn Cramer[24] von den betreffenden Mitteilungen Westphals als von epochemachenden in der Geschichte der primären Verrücktheit spricht.

Westphal[25] fühlte sich zu dem Vortrag veranlaßt durch den Umstand, daß die „Verrücktheit" unter den Krankheitsformen des von dem Verein deutscher Irrenärzte angenommenen Zählblättchens sich nicht fand. Er hält dies für einen Fehler, der offenbar aus einer falschen Auffassung der Verrücktheit resultiere, welche man unter den Begriff der „sekundären" Seelenstörungen subsumiert habe.

Westphal sprach die Behauptung aus, daß die sogenannte Verrücktheit sich niemals aus Melancholie herausbilde.

Der psychische Symptomenkomplex der Verrücktheit entwickelt sich in verschiedener Weise, und zwar unterscheidet er

24. A. Cramer, Abgrenzung und Differential-Diagnose der Paranoia. Allg. Z. für Psych. Bd. 51, S. 289.

25. Westphal, Ueber die Verrücktheit. (Vortrag.) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 34, 1878. Bericht über die psychiatrische Section der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 18. bis 24. September 1876.

4 Arten der Entwicklung der Verrücktheit. Die Entwicklung der chronischen Verrücktheit ist eine dreifache[26].

1. Die Verrücktheit kann (wie zuerst Morel hervorhob) aus einem hypochondrischen Zustand sich herausbilden, indem zunächst Verfolgungsideen entstehen und darauf Größenideen sich entwickeln[27].

2. Die Verrücktheit entwickelt sich nicht immer aus der Hypochondrie (hypochondrisches Stadium); sie kann auch ohne ein hypochondrisches Stadium auftreten, indem sich ganz spontan gewisse Vorstellungen dem Bewußtseinsinhalte aufdrängen, gleich von vornherein mit dem Charakter von Wahnideen; oft knüpfen sie an Sinneswahrnehmungen an. Auch hier handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Verfolgungsideen (im weitesten Sinne) und später entwickeln sich aus und mit ihnen Größenideen. Illusionen und Halluzinationen, vorzugsweise des Gehörs, tragen zur weiteren Entwicklung und Ausbildung des Wahnes bei.

Die letzte Form ist nichts anderes als die originäre (schon oben erwähnte) Verrücktheit Sanders. Der Prozeß, welcher bei dem unter 2 erwähnten Modus bei einem bis dahin Gesunden auftritt, geht dann bereits in der allerfrühesten Jugend, während der geistigen Entwicklung, vor sich.

---

26. Die dritte Art der Entwicklung ist die akute. Westphal ist der erste, der von einer akuten Entwicklung und einem akuten Verlauf der Verrücktheit spricht (oder: der erste, der den Begriff der akuten V. aufstellte). Wir werden auf diese Art der Entwicklung nicht näher eingehen, da sie nicht zu unserm Thema gehört.

27. Westphal versuchte die merkwürdige Konsequenz dieser Reihenfolge, d. h. die Entwicklung der Verfolgungsideen aus den hypochondrischen und der Größenideen aus den Verfolgungsideen, auf psychologischem Wege zu erklären. Er gibt aber zu, daß neben den dargelegten psychologischen Vorgängen auch hier spontane falsche Urteile, namentlich an Sinneswahrnehmungen anknüpfende, sodann Illusionen und Halluzinationen eine Rolle spielen.

„Bei keiner dieser Arten der Entwicklung der Verrücktheit handelt es sich um einen der Melancholie entsprechenden Gefühlszustand mit den dieser eigentümlichen Wahnideen, die in inniger Beziehung zu dem Gefühlszustande stehen. Vielmehr ist das Wesentliche bei der Verrücktheit der abnorme Vorgang im Vorstellen; in der Sphäre der Vorstellungen (mit oder ohne entsprechende Sinnesdelirien) spielt sich der Vorgang ab, und der allgemeine Inhalt dieser Vorstellungen bleibt sich immer gleich“[28].

Stimmungen, Gefühle und Affekte sind wesentlich abhängig von dem Inhalte der Vorstellungen und Sinnesdelirien. Es kommt auch vor, daß sie (Stimmung, Gefühl, Affekt) unabhängig von Vorstellungen auftreten, dann aber sind sie mehr akzessorische Erscheinungen und ohne Bedeutung, „allein sie spielen in der Entwicklung der krankhaften psychischen Erscheinungen selbst keine Rolle und stellen mehr akzessorische Erscheinungen dar“.

Die intellektuelle Schwäche gehört nach Westphal nicht zu den wesentlichen Charakterzügen der Verrücktheit, wie dies von Griesinger und seinen Nachfolgern angenommen ist. In zahlreichen Fällen findet sich keine Spur davon; in anderen, in welchen sie sich findet, bestand sie von jeher und ist nicht als Produkt der Krankheit zu betrachten. Sie kann allerdings eintreten, gehört aber nicht zum Begriff des psychischen Symptomenkomplexes der Verrücktheit und ist auch dann anders bedingt als z. B. die intellektuelle Schwäche eines Paralytikers.

Das Bild der Verrücktheit kann sich sehr verschieden gestalten, je nachdem die formalen Vorgänge im Denken ungestört oder gestört sind und das motorische Verhalten nach der einen oder anderen Seite hin beeinträchtigt ist (Tobsucht, Stupor, Katatonie).

Ferner wird das Bild der Krankheit durch eine mehr

---

28. Zit. aus d. Bericht S. 253.

oder weniger erhebliche Störung des formellen Denkens modifiziert; dieselbe kann ganz fehlen, aber auch bis zur vollkommenen Verwirrung sich steigern.

Der Verlauf der Verrücktheit ist ein sehr verschiedener. Außer dem chronischen und akuten Verlauf gibt es noch einen interessanten Verlauf, den Westphal als „schubweisen" bezeichnen möchte; der ganze psychische Symptomenkomplex spielt sich in einzelnen Schüben mit zum Teil ganz freien Intervallen (Remissionen) ab.

Bezüglich der Prognose geht Westphals Meinung dahin, daß die Verrücktheit zu den heilbaren Formen der Geistesstörung gehört; das scheint ihm sogar besonders wichtig, hervorzuheben.

Westphal schildert noch eine Form der Verrücktheit, die er als „abortive Form der Verrücktheit" bezeichnet.

Diese Form ist im wesentlichen durch das Auftreten von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (letztere nicht immer) charakterisiert. Auch diese psychischen Zustände entwickeln sich nicht aus einer Gefühlsstörung, vielmehr ist das Auftreten fremdartiger, abnormer Vorstellungen im Verlauf des gewöhnlichen Gedankenganges das Wesentliche. Während aber bei den Verrückten diese Vorstellungen von Anfang an die Eigentümlichkeit haben, in Wahnideen sich umzugestalten, handelt es sich bei der geschilderten „abortiven" Form nur um Zwangsvorstellungen, „denen der Patient mit seinem Bewußtsein gegenüber bleibt."

Diese Zwangsvorstellungen werden nie zu eigentlichen Wahnideen und soweit seine Erfahrung reicht, kommt es nie zur Entwicklung wirklicher Verrücktheit.

Man muß noch erwähnen, daß die „katatonischen" Kranken Kahlbaums im Sinne Westphals Verrückte mit verschiedener Art der Entwicklung und des Ablaufes der psychischen Erscheinungen der Verrücktheit sind, und daß man auf sie gestützt kaum eine klinische Form (Gruppe)

unterscheiden kann. Westphal erkennt also die Katatonie Kahlbaums nicht als Form für sich an.

Merklin weist in seiner Dissertation „Studien über die primäer Verrücktheit“ (Dorpat 1879) auf die Wichtigkeit des Westphalschen Vortrages hin. Er sagt von diesem, daß er eine Umgrenzung des gesamten Begriffes der primären Verrücktheit darstelle, und daß durch die neuen klinischen Gesichtspunkte ein völliger Bruch mit dem alten Klassifikationssystem herbeigeführt worden sei.

Leidesdorf[29] kehrt noch einmal zu der alten Griesingerschen Lehre von der sekundären Verrücktheit zurück, die er u. a. ebenso wie Griesinger als geistigen Schwächezustand ansieht. Er beruft sich dabei auf den Aufsatz Sanders: „Ueber eine spezielle Form primärer Verrücktheit“, in welchem der letztere behauptet, daß diese Erkrankung speziell bei hereditär Belasteten oder sonstwie Disponierten vorkomme.

Nachdem er in längerer Abhandlung seine Ausführungen dargelegt hat, resümiert er zum Schluß: „Im Zusammenhang mit solchen Ursachen wird das Auftreten primärer Verrücktheit sich doch gleichsam als eine sekundäre Erkrankung oder als der Ausdruck eines vom Beginn an schwereren Gehirnleidens auffassen lassen, und es bleibt mehr als zweifelhaft, ob außerhalb des Rahmens der angeführten Verhältnisse sich eine primäre Verrücktheit zu entwickeln vermag und ob nicht da, wo sie dennoch zutage tritt, eine ungenügende Anamnese den Zusammenhang zweifelhaft macht“ (S. 227 und 228).

Hertz[30] sprach sich in einem Vortrage im psychiatrischen Verein zu Bonn am 11. November 1876 gegen die

---

29. Leidesdorf, Kasuist. Beitrag zur Frage der primären Verrücktheit. Psychiatr. Stud. (Wien 1877), S. 227.

30. Hertz, Ist die Ausdrucksweise „Verrücktheit, primäre Ver-

Benennung „Verrücktheit“ aus und plädierte für die Bezeichnung „Wahnsinn“ oder „Sinnenwahn“, da, wie er unter anderem sagt, aus dem Namen „Verrücktheit“ gar nicht das charakterisierende und wesentliche Element der Krankheitsart, das doch mit Halluzinationen anfängt und aufhört, hervorleuchtet.

Derselbe Autor tritt für den primären Charakter dieser Psychose ein.

Er stellt drei Merkmale des „Wahnsinns“ auf: 1. die Stimmung der Wahnsinnigen muß eine zerstreute sein, d. h. weder das volle, noch durchgehend gehobene Selbstgefühl des Maniakus, noch das beladene und tief herabgedrückte (deprimierte) Selbstgefühl des Melancholikus gehört zum Wesen der Krankheit, vielmehr ist hier das Selbstgefühl, wie Hertz behauptet, „niemals bleibend und gesammelt nach einer Richtung alteriert, es ist vielmehr hin und her alteriert“, also labil.

Das zweite Merkmal besteht wesentlich in „Sinnenwahnvorstellungen genuiner Art“.

Das dritte Merkmal endlich liegt in den der Krankheit eigentümlichen Remissionen.

„Sie (Verrücktheit) macht“, sagt Hertz, „keine Intermissionen, wie solche bei der Tobsucht und bei der Melancholie unter Freiwerdung der Krankheitseinsicht vorkommen. Aber sie macht Remissionen von einer Art, wie diese bei der Manie und Melancholie nicht zustande kommen. Die Besonderheit dieser Remissionen läßt sich als eine zweifache auffassen. Ein intensives Halluzinieren erschöpft sich, ich will nicht sagen, in einem bestimmten umgekehrten Verhältnisse zu seiner Stärke; aber die Pause des Nachlassens ist nach einem starken Anfalle am deutlichsten ausgesprochen.“

„Die Halluzinationen treten tatsächlich bald intensiver

---

rücktheit“ in dem jetzt gebräuchlichen Sinne in unsere Technik einzubürgern oder nicht? Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34, 1878, S. 271.

auf, bald blassen sie ab, und dies kann in rascher oder langsamer Folge stattfinden“ (S. 289).

Die Krankheit zeigt eine zähe Dauer und eine seltene Heilung. Die Befallenen sind Individuen beiderlei Geschlechts mit Prävalenz des Weiblichen.

Meynert[31] schließt sich im wesentlichen den klinischen Anschauungen von Snell, Sander und Westphal an und sucht wesentliche Erscheinungen der Paranoia: Wahnideen, Halluzinationen, hypochondrische Sensationen psychophysiologisch zu begründen. Meynerts Ueberzeugung geht nämlich dahin, daß es hauptsächlich zwei gleichzeitig und nebeneinander wirkende Faktoren sind, welche einen breiteren und genügenderen Standpunkt für die Pathogenese der Verrücktheit und somit für das Verständnis der Psychose bringen: 1. Die Beteiligung des hysterischen und hypochondrischen Status an dem Zustandekommen der Verrücktheit; 2. ein für den hysterischen und hypochondrischen Status „so wesentliches Moment“ der „reizbarer Schwäche“, womit Meynert den Begriff einer im Vorderhirn lokalisierten Schwäche, kombiniert mit einer extracerebral gelegenen erhöhten Reizbarkeit des Nervensystems, verbindet. Normalerweise übt nun das Vorderhirn einen hemmenden Einfluß auf Erregungszustände anderer Abschnitte des Nervensystems aus. Eine Schwäche des Gehirns dokumentiert sich also bei einem an Hysterie, Hypochondrie bezw. Paranoia Leidenden als eine Abschwächung resp. als Ausfall der normalen Hemmungen, woraus wiederum eine gesteigerte Reizbarkeit (Hyperästhesierung) der Sinnesleitungsbahnen und der infrakortikalen Zentren resultiert.

Die Schlußfolgerung der Meynertschen Theorie ist also dahin zusammenzufassen, daß zwar „der logische

---

31. Meynert, Ueber Fortschritte in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen. (Psychiatrisches Centralblatt, 1877, Nr. 6, 7, 11 und 12; 1878, Nr. 1.)

Apparat“ im Vorderhirn normal funktioniert, jedoch hinsichtlich seiner Intensität erheblich geschwächt ist, so daß er nicht mehr imstande ist, den auftauchenden Wahnideen zu widerstehen. „Der Wahn hemmt den Apparat, der ihn hemmen sollte.“

Sehr treffend vergleicht Meynert diesen pathologischen Seelenvorgang mit dem Getriebe eines Uhrzeigers, dem sich auf dem Zifferblatt eine aufgebauschte Stelle hemmend in den Weg stellt. Obwohl das Uhrwerk normal funktioniert, ist es doch nicht imstande, den Zeiger über das Hindernis hinwegzutreiben, sondern es selbst wird umgekehrt durch das Hindernis mehr oder weniger geschwächt. So hemmt also auch die Wahnidee als hervorragend starke Vorstellungsmasse den Einfluß des logischen Apparates, der nunmehr auf einem beschränkten Felde Spielraum für seine volle Wirksamkeit findet.

Was speziell die Halluzinationen angeht, so sagt Meynert:

„Wenn subjektive Erregungen der subkortikalen Sinneszentren ungehemmt bis zur Rinde gelangen, so wird die Rinde durch einen auf die Identität der Eindrücke gegründeten Schlußprozeß dieselben als von der Außenwelt herstammend aufnehmen“[32].

Fritsch[33] meint, daß „in dem an Herabsetzung der Intensität der Hemisphärenleistung geknüpften Auftreten von Reizerscheinungen“ die physiologische Grundlage der primären Verrücktheit gegeben sei.

Ueber das Wesen der Halluzinationen schreibt er: „Indem ich hierbei der eben erwähnten Darstellung Meynerts folge, wonach subjektive Erregungen der subkortikalen Sinneszentren — wenn sie durch herabgesetzte Leistung des

32. S. 21—22.

33. Fritsch, Zur Frage der primären Verrücktheit. (Jahrbücher für Psychiatrie.) 1879, Wien, S. 35.

Vorderhirns ungehemmt zur Rinde gelangen — von derselben wie von der Außenwelt herstammend aufgenommen werden, — so ergibt sich auch hiernach die Möglichkeit, das Verhältnis jener angeführten Zustände zu den Wahnideen von einem gemeinsamen lichtgebenden Gesichtspunkte aus aufzufassen“[34].

Den Umstand, daß das weibliche Geschlecht, wie er behauptet, geradezu in doppelter Zahl gegenüber den Männern an der primären Verrücktheit sich beteilige, sucht Fritsch in der Weise zu erklären, daß nicht nur der hysterische Status, der als besonders disponierendes Moment gilt, sondern wohl auch dem weiblichen Gehirn zukommende geringere Intensität der Hemisphärenleistung überhaupt eine große Rolle in der Entstehung der Krankheit bei Frauen spielt.

Sonst weist er auf die hereditäre Anlage, als auf ein ungemein wichtiges ätiologisches Moment für alle dieser Psychose (prim. Verrücktheit) zugehörigen Fälle ganz besonders hin.

Er wendet sich energisch 1. gegen die Tendenz, die primäre Verrücktheit unter die sogenannten psychischen Schwächezustände einzureihen, indem er behauptet, daß die primäre Verrücktheit zwar als eine auf neurotischer Grundlage entstandene, im wesentlichen durch krankhafte Urteile charakterisierte Psychose sei, daß aber eine Herabsetzung der intellektuellen Fähigkeiten nicht existiere. Dies gilt auch für die mit angeborenem Schwachsinn kombinierten Fälle, insofern eine graduelle Zunahme desselben mit der Fortdauer des Wahnsinns nicht notwendig verknüpft ist.

„Von einem Uebergang jener in diese Form der Geistesstörung, kann“, wie er weiter ausführt, „hierbei nicht die Rede sein, indem wir ja wissen, daß die in höherem Maße mit Intelligenz ausgestatteten Individuen an derselben Form erkranken, zudem im Vollbesitz ihrer Intelligenz durch die

34. Meynert, a. a. O. S. 41.

ganze Krankheitsdauer verbleiben, was ganz begreiflich erscheint, nachdem es sich hierbei nicht um ein tieferes Ergriffensein, eine direkte Schädigung des logischen Apparates, sondern um formale Gebrechen in seiner Anwendung behufs Richtigstellung der vorhandenen Urteilsverkehrtheit handelt“[35].

„Im Gegenteil zeigt sich in dem ganz bemerkenswerten Streben der Kranken, überall nur Stützpunkte für ihre Wahnideen zu suchen, in der Art ihrer Verantwortung in der Regel keinerlei Defekt an Intelligenz; die in Verwendung gebrachten Hypothesen werden oft genug mit besonderer Schärfe verteidigt.“ Ferner hält er es für notwendig, daß zwischen der primären Verrücktheit und den ebenfalls unter der Bezeichnung: „Verrücktheit“ gangbaren, als Ausgang primärer, durch Verstimmungen charakterisierter Prozesse anzusehenden Formen von Schwachsinn eine strenge Scheidung durchzuführen sei.

Kahlbaum[36], der ebenfalls eine primäre und eine sekundäre Form der Verrücktheit unterscheidet, schlägt, um dieselben nicht miteinander zu verwechseln, für die erstere, primäre, den Namen Paranoia, für die zweite, sekundäre, den alten Namen „Verrücktheit“ vor.

Schüle[37] gibt in der ersten Auflage seines Handbuches der Geisteskrankheiten eine Klassifikation, in welcher der Wahnsinn zu den „Psychoneurosen“ gerechnet ist; er steht in der ersten Untergruppe der Psychoneurosen zwischen Melancholie und Tobsucht einerseits und dem Blödsinn andererseits[38]. Schüle betrachtet den Wahnsinn als End-

---

35. Meynert, a. a. O. S. 43.

36. Kahlbaum, Sammlung klinischer Vorträge, Leipzig 1878.

37. Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, Leipzig 1878. (Handbuch der speziellen Pathologie und Ther. Herausgegeben von Dr. H. v. Ziemßen.

38. Der ebenfalls zu den sekundären Formen der Psychoneurosen gehört.

stadium der Melancholie und der Tobsucht, eventl. als Uebergangsstadium derselben zum Blödsinn. Die Verrücktheit gehört auch zu den Psychoneurosen, und zwar zu der zweiten Untergruppe derselben, die die chronische psychische Hirnneurose auf degenerativer Grundlage und primär neurotischer Entstehung ausmacht.

Wir sehen also, daß Schüle den Wahnsinn und die Verrücktheit als zwei verschiedene Krankheiten auffaßt: „Man hat", sagt er, „den Wahnsinn bis auf die neueste Zeit (früher auch Griesinger) mit der primären Verrücktheit identifiziert — mit Unrecht. Trotz mancherlei oberflächlicher Aehnlichkeit in den Symptomen ist der Wahnsinn ein Modus geistiger Schwäche; die primäre Verrücktheit dagegen die Zustandsform für ein zwar eigenartiges, aber durchaus nicht in dieser Weise gelähmtes psychisches Hirnleben. Mehr noch unterscheidet aber die Entwicklung. Während der Wahnsinn die naturgemäße Folge eines mehr oder weniger langen geistigen Krankheitsprozesses ist, also ausgesprochen sekundär, ist für die typischen Fälle der Verrücktheit die primäre Entstehung geradezu charakteristisch. Bezüglich der Kleidischen Differenz hat Snell mit treffender Präzision darauf hingewiesen, daß beim Wahnsinn nicht die scharfe Ausprägung eines Wahnsystems und die konsequente Festhaltung der Verfolgungs- und Ueberschätzungsideen vorhanden sei, wie bei der primären Verrücktheit" (S. 464).

Wir kommen auf die genauere Untersuchung der Ausführungen Schüles über die chronische Paranoia weiter unten noch zurück, da seine zweite Auflage von 1886 verschiedene Aenderungen, besonders in bezug auf die Klassifikation der Geistesstörungen, gegenüber der ersten Auflage zeigt.

Im Jahre 1879 hat Merklin[39] seine Studien über die

---

39. Merklin, Studien über die primäre Verrücktheit, Diss. inaug. Dorpat. 1879.

primäre Verrücktheit veröffentlicht, in welchen diese Frage nach den verschiedensten Seiten hin auf Grund der Literatur über diesen Gegenstand und 60 eigener Beobachtungen dargestellt ist. Dieser Autor, der sich im allgemeinen der Klassifikation Westphals anschließt, ist überzeugt, daß eine Reihe von Psychosen sich durch primäre Alteration der Vorstellungssphäre, durch Sinnesdelirien und Wahnvorstellungen auszeichne, ohne daß Gefühlsstörungen den Prozeß einleiten. Die Verfolgungs- und Größenvorstellungen, welche am häufigsten bei der Verrücktheit vorkommen, sind innig verbunden. Alles das, was an Störungen in motorischer und Gefühlsrichtung zu finden ist, beruht auf den Wahnvorstellungen. Was den Verlauf der Krankheit angeht, so bleibt dieselbe meistens durch viele Jahre stabil und geht selten in psychische Schwäche über. Merklin unterscheidet 4 Formen[40] der chronischen Verrücktheit:

1. Die einfache chronische, die sich bei einem Gesunden allmählich entwickelt ohne andere Vorläufer; öfters gehen Sinnestäuschungen voran, aus denen die Wahnideen entstehen; meistens kommen erstere als Folge letzterer. Eigentliches Krankheitsbewußtsein fehlt.

2. Die hypochondrische Verrücktheit; sie gleicht der chronischen, geht aber aus Hypochondrie hervor, hat wie jene typische Remissionen; die Wahnvorstellungen haben spezifisch hypochondrischen Charakter. Der Kranke wähnt sich wegen seines Krankseins beobachtet, dann verfolgt; aus den hypochondrischen Empfindungen gehen Wahnvorstellungen von Fehlen von Organen, Vorhandensein von Tieren in verschiedenen Körperteilen usw. hervor; trotz Depression oft Größenwahn.

3. Die hysterische, aus Hysterie hervorgegangene, gleich den vorgenannten, nur ohne typische Remissionen.

4. Die originäre Verrücktheit im Sinne Sanders.

---

40. Im ganzen unterscheidet er fünf Formen, und zwar eine akute und vier chronische.

Von der sekundären Verrücktheit unterscheidet sich die primäre durch die logische Kraft der Verteidigung der Wahnvorstellungen, während bei ersterer der Schwachsinn vorherrscht.

Merklin erwähnt noch die masturbatorische Verrücktheit Krafft-Ebings[41], die sich der hypochondrischen anschließt, sich jedoch durch Vorherrschen von Geruchshalluzinationen und raschen Verfall in Blödsinn unterscheidet.

Es bedarf noch einer Bemerkung, daß der sogenannte Querulantenwahn bei Merklin als eine Unterart der einfachen chronischen Verrücktheit gilt.

Schäfer[42], der sich ebenfalls an die Westphalschen Anschauungen anschließt, braucht für die Gruppe nicht die Bezeichnung Verrücktheit, sondern Wahnsinn. Er ist aber damit einverstanden, mit dem Namen „Verrücktheit" nur das chronische „unproduktive" und unheilbare Stadium des Wahnsinns zu bezeichnen.

Seine Ausführungen gehen dahin, daß es hauptsächlich zwei Erscheinungen sind, welche bei Entstehung der Verrücktheit in Betracht kommen: 1. daß Gedanken, die als begründete Mutmaßungen oder als äußerlich unmotivierte, phantastische, oft ganz unsinnige Einfälle in dem Spiel der Gehirnerregung auftauchen, alsbald die Kraft der Ueberzeugung erlangen, ohne daß zugleich die Denkfähigkeit im allgemeinen geschwächt wäre, 2. daß Sinnestäuschungen vorherrschen, welche bei keiner Psychose so häufig sind, wie im Wahnsinn. Solange die Bildung von Wahnvorstellungen noch im Flusse ist und bei den Exacerbationen der Krankheit, sowie bei dem Uebergange in eine neue Phase, wie von Verfolgungsideen zu Größenideen, pflegen Sinnestäuschungen nicht zu fehlen. Und wenn es auch nicht immer deutliche Halluzinationen sind, welche an der Wahnbildung teil-

41. Siehe unten.
42. Schäfer, Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 36, S. 254.

nehmen, so besteht doch eine Beteiligung des Sinnesgebiets in Form schwächerer Erregung, in Form von Illusionen und Sensationen, aus denen die Wahnvorstellungen anscheinend ihre sinnliche Unmittelbarkeit und überzeugende Kraft schöpfen. Den stärksten Hinweis auf diesen Zusammenhang liefert, wie Schäfer sagt, die Hypochondrie, aus deren peripherem pathologischen Elemente mit größter Leichtigkeit Wahnvorstellungen hervorgehen. „Auf dem Boden der Krankheit wiederholen sich", wie Schäfer anführt, „die Sinneserregungen beständig, immer neue treten auf, um zu denselben wahnhaften Schlüssen zu führen, die gesunden Vorstellungen sind zurückgedrängt, die Kritik ist aufgehoben"[43].

Krafft-Ebing unterscheidet zwei große Gruppen der psychischen Krankheiten: psychische Krankheiten des entwickelten Gehirns und psychische Entwicklungshemmungen. Zu der ersten Gruppe rechnet er: 1. Krankheiten ohne pathologisch-anatomischen Befund — funktionelle Psychosen —, und 2. Krankheiten mit konstanten pathologisch-anatomischen Befund — Hirnkrankheiten mit prädominierenden psychischen Störungen — organische Psychosen. Die funktionellen Psychosen zerfallen in: Psychoneurosen, d. h. Erkrankungszustände des normal veranlagten und rüstigen Gehirns und psychische Entartungen, d. h. Erkrankungszustände des krankhaft veranlagten oder invalid gewordenen Gehirns.

Die chronische Paranoia rechnet Krafft-Ebing zu den psychischen Entartungen[44]. Nach seiner Definition ist die Paranoia eine chronische, ausschließlich bei Belasteten vorkommende und häufig aus konstitutionellen Neurosen sich entwickelnde psychische Krankheit, deren Hauptsymptom Wahnideen sind. Diese Wahnideen „sind im Gegensatz zu

---

43. Siehe sein „Lehrbuch der Psychiatrie".

44. Er beschreibt sie im Anschluß an die Folie raisonnante und das moralische Irresein.

den bei Melancholie und Manie vorkommenden, jeglicher affektiver Entstehungsgrundlage entbehrende primäre Schöpfungen des kranken Gehirns, im Gegensatz zu den Delirien des Wahnsinns von vornherein systematische, methodische, die durch Schluß- und Urteilsprozesse geknüpft werden und zu einem förmlichen Wahngebäude sich ausgestalten".

Die Fähigkeit „zu kombinierender raisonnierender psychischer Tätigkeit" ist gewährleistet durch die relative Schonung der formalen Seite (Urteils- und Schlußbildung) des intellektuellen Lebens. Bei oberflächlicher Beobachtung scheint sogar die Besonnenheit und Logik des Kranken gewahrt zu sein.

Bei aller scheinbaren Lucidität des Bewußtseins ist dieses jedoch in eigentümlicher Weise gestört, insofern trotz fehlender Affekte, trotz erhaltener Apperception und „Besonnenheit" der Kranke gleichwohl alle seine Einbildungen, Sinnestäuschungen usw. nicht zu korrigieren vermag, sie vielmehr kritiklos als Tatsachen hinnimmt und verwertet. Deshalb urteilt und schließt der Paranoiker auf Grund falscher Prämisse und führt „ein Wahngebäude auf, dessen Fundament und Bausteine, bei aller Korrektheit der Bauführung, Fiktionen sind".

Die Stimmungen und Handlungen des Kranken sind Reaktionserscheinungen auf Wahn und Sinnestäuschungen. Der Schwerpunkt der Psychose liegt somit nicht, wie bei der Melancholie und der Manie, in primären affektiven und psychomotorischen Störungen, sondern in solchen der Vorstellungssphäre (Wahn und aufgegebene Kritik). „Der Paranoische fühlt und handelt gerade so, wie wenn sein Wahn Wirklichkeit wäre."

Was die Entwicklung und den Verlauf der Paranoia angeht, so sind diese durchaus chronisch. Das Inkubationsstadium umfaßt Monate bis Jahre. Im Anfange des Leidens entwickeln sich Ansätze zu Wahnideen aus Einbildungen,

fehlerhaften Schlüssen, denen eine bemerkenswerte originäre Paralogik zu Hilfe kommt, ferner aus Gedächtnisillusionen und gelegentlich selbst aus wirklichen Erinnerungstäuschungen. Im weiteren Verlauf zur Gewinnung der Höhe der Krankheit gesellen sich wirkliche Sinnesillusionen hinzu, die Wahnbildung fördernd. Den Eintritt der Krankheitshöhe bezeichnen Halluzinationen, deren Verwertung zur Wahnbildung mit nunmehr voll entwickeltem „paranoischem Bewußtsein" (geschwundene Kritik usw) meist hemmungslos erfolgt. Die Wahnideen auf der Höhe der Krankheit entwickeln sich wesentlich auf den bereits ermittelten Entstehungswegen. Ihre wichtigsten Quellen sind aber in direkter Genese Delirien als Ausdruck spontaner krankhafter Funktion der den Vorstellungsprozeß vermittelnden Gebiete der Hirnrinde (Primordialdelirien) sowie Halluzinationen. Es gibt nach Krafft-Ebing seltene Fälle, in welchen auf der Höhe des Leidens die Wahnbildung wesentlich eine primordiale, ideative ist („Paranoia combinatoria"), häufigere, in welchen in Entstehung und Verlauf der Krankheit das sensorielle, halluzinatorische Gebiet fast ausschließlich beteiligt ist (P. hallucinatoria).

Eine Fülle von Material liefern endlich prämorbide konstitutionelle Neurosen, deren vielfache Störungen der Sensibilität, Motilität usw. das paranoische Bewußtsein nicht mehr in der leiblichen Erkrankung, sondern in Einflüssen der Außenwelt objektiviert und motiviert. Auf der Höhe der Krankheit vollzieht sich diese Umsetzung der Empfindungsanomalien in Wahnvorstellungen mühelos und zwangsmäßig und die Hyperästesie der Zentren und Leitungsbahnen ermöglicht umgekehrt die sofortige Umsetzung der Vorstellungen in Sensationen. „Nicht selten", so führt Krafft-Ebing aus, „sind auch völlige und über Jahresfrist sich erstreckende Intermissionen, mit voller Krankheitseinsicht und Korrektur seitens des Kranken. Diese Intermissionen können noch nach einer Reihe von Jahren eintreten, sind aber

nicht mit Genesungen zu verwechseln, da in all diesen Fällen nach kürzerer oder längerer Zeit die Paranoia wieder einsetzt, aber nicht als Rezidiv, das den ganzen Krankheitsprozeß von vorne an wieder durchmacht, sondern da wieder anknüpfend, wo sie aufgehört hatte". Mit einer Intermission darf aber die nicht seltene und zuweilen recht gewandte Dissimulation dieser Kranken nicht verwechselt werden. Der endliche Ausgang der Paranoia sind nach Krafft-Ebing psychische Schwächezustände, die sich jedoch mehr in gemütlicher Stumpfheit als durch intellektuelle Defekte kundgeben und jedenfalls die früheren artistischen und gewerblichen Fähigkeiten dieser Kranken, sowie ihr Vermögen, zu urteilen und zu schließen, leidlich unversehrt lassen. „Diese Verfolgten, Helden, Götter und Majestäten des Irrenhauses bleiben oft bis an ihr Lebensende geschätzte Professionisten und Feldarbeiter des Asyls, das für sie zur zweiten Heimat geworden ist, umsomehr, als die Wahnideen allmählich verblassen, die Halluzinationen seltener werden und beide ihre affekterregende Wirkung einbüßen".

„Jedenfalls liegt es nicht im Wesen und im Prozeß der Paranoia, daß sie zur Demenz führt. Da, wo Paranoiker gleichwohl verblöden, handelt es sich bestimmt um Komplikationen. Die Dementia ist hier die Folge und der Ausdruck von Senium praecox oder von Alkoholausschweifungen, masturbatorischen Exzessen oder sie ist der Ausgang von komplizierenden Psychosen."

Einen Ausgang in Genesung bestreitet Krafft-Ebing; doch können sich anhaltende Remissionen, mit völligem Latentwerden der Krankheitssymptome einstellen.

Wie schon erwähnt, hat v. Krafft-Ebing niemals Paranoia bei Unbelasteten beobachtet. Die Belastung war, wie er behauptet, in der großen Mehrzahl der Fälle eine hereditäre (abnorme Charaktere, Psychosen, konstitutionelle Neurosen, Trunksucht in der Ascendenz), seltener eine erworbene durch

infantile Hirnkrankheiten oder auch durch Rachitis, die Schädel- und Hirnentwicklung störte.

Sehr wichtig für die wissenschaftliche Klärung der Frage ist nach Meinung des obengenannten Autors der klinische Nachweis der Belastung im Einzelfall. „In dieser Hinsicht", sagt er, „wird eine genaue Untersuchung der prämorbiden und der gegenwärtigen Persönlichkeit niemals ein negatives Resultat aufzuweisen haben. Immer wird sich das innere Wesen, die ganze Charakterentwicklung dieser Kandidaten für Paranoia abnorm erweisen, ja es ist nicht zu leugnen, daß vielfach die spezielle abnorme Charakterrichtung bestimmend für die spätere spezielle Form der „primären Verrücktheit" wird, so daß diese gleichsam eine „Hypertrophie des abnormen Charakters" darstellt. So sehen wir z. B., daß ein von jeher mißtrauisches, verschlossenes, die Einsamkeit liebendes Individuum eines Tages sich verfolgt wähnt, daß ein roher, reizbarer, egoistischer, in seinen Rechtsanschauungen defekter Mensch zum Querulanten wird, ein religiös-exzentrischer der religiösen Paranoia anheimfällt."

Was die verschiedenen Formen (Arten, Unterarten) der Paranoia anbelangt, so sagt Krafft-Ebing:

„Die nähere Schilderung der Krankheitsbilder, welche sich im Rahmen der Paranoia bewegen, macht vor allem eine Einteilung nötig. Eine solche kann bei unserer Unkenntnis des inneren Wesens dieser Zustände nur eine rein empirische sein und muß sich auf Zeit des Auftretens, Besonderheiten der Aetiologie, des Verlaufs und Symptomendetails stützen. Bemerkenswert ist, daß gewisse Fälle schon in der Zeit der Kindheit („originär") ihren Anfang nehmen, andere erst im Verlauf der individuellen psychischen Vollentwicklung („tardiv") zum Ausbruch gelangen. Nach ätiologischen Momenten, die auch im Krankheitsbild ihre Ausprägung finden, lassen sich innerhalb der tardiven Formen eine Paranoia simplex s. typica gegenüber Formen der P. neurasthenica, hysterica, hypochondrica, alcoholica usw.

unterscheiden. Auch der typische Inhalt der Delirien ist nicht ohne klassifikatorisch klinische Bedeutung, jedenfalls nichts Zufälliges und verlangt eine Berücksichtigung in der Einteilung, insofern Formen mit depressivem (persekutorischem) und expansivem Delir sich ergeben". Und so unterscheidet er folgende Formen der Paranoia:

I. Originäre Paranoia.
II. Tardive (erworbene) Paranoia:
  A. Paranoia persecutoria (depress.).
    1. Die typische Form der erworbenen Paranoia. Unterformen: P. sexualis (dazwischen Eifersuchtswahn).
    2. Querulantenwahn (das Irresein der Querulanten und Prozeßkrämer).
  B. Paranoia expansiva.
    1. Die P. inventoria (oder reformatoria).
    2. Die religiöse Paranoia.
    3. Die erotische Paranoia (Erotomanie).

Und endlich beschrieb er noch eine Paranoia auf masturbatorischer Grundlage (bei Männern)[45].

Scholz[46] unterscheidet bezüglich der Pathogenese zwei Hauptgruppen: 1. die originäre Verrücktheit, 2. die halluzinatorische Verrücktheit (Wahnsinn).

Die originäre Verrücktheit stellt ausschließlich eine Erkrankungsform des organisch belasteten Gehirns dar, und ist häufig erblich. Die sehr häufige und charakteristische Erscheinung der Paranoia — den Beziehungswahn nennt er Subjektivismus, das prädominierende klinische Merkmal dieser Psychose —, die Wahnideen, zeichnen sich zum Unter-

45. Ueber primäre Verrücktheit auf masturbatorischer Grundlage bei Männern. (Irrenfreund IX. und X. 1878.)

46. Scholz, Ueber primäre Verrücktheit. (Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Bremen.) Berliner Klinische Wochenschrift, 1880, S. 467—470 und 485—487.

schiede von denen im affektiven Irresein auftretenden dadurch aus, daß sie jeder emotiven Grundlage entbehren und zugleich gänzlich unvermittelt, ohne erkennbare logische oder sensorielle Nötigung zu Tage treten. Der Inhalt der Wahnideen läßt sich dabei häufig aus den habituellen Charaktereigentümlichkeiten des Kranken erklären, z. B. Verfolgungswahn aus einem mißtrauischen, Größenwahn aus einem hochmütigen Charakter usw. (also „Hypertrophie des abnormen Charakters", wie Krafft-Ebing sagt). Die Entstehungswege dieser primären Wahnideen sind, wie Scholz sagt, dunkel: „Mitunter lassen sich vage, unbestimmte Erregungsvorgänge in dem peripheren Teile sensorieller und sensitiver Nerven, welche dann im Bewußtsein eine allegorische Bedeutung erhalten, auch wirkliche Halluzinationen, auf die ich noch zurückkommen werde, anschuldigen. Häufiger sind wir auf die hypothetische Annahme von Abnormitäten der Molekulär-Elemente des Gehirns beschränkt. Wir werden auf dieselbe verwiesen durch die offenbar große Bedeutung des unbewußten Seelenlebens für diese Vorgänge. Dies im einzelnen auch nur andeutend auszuführen würde zu weit über die Grenzen des heutigen Vortrages hinausgehen. Nur soviel möge gesagt werden, daß, wie schon im gesunden Seelenleben die Sphäre des Unbewußten der breite und tiefe Hintergrund ist, auf dem die elementaren psychischen Vorgänge sich abspielen, deren psychologische Endresultate alsdann als bewußte Vorstellungen in die Erscheinung treten, so auch hier die bewußten Vorstellungen natürlich ebenfalls nur das Endresultat der vorbereitenden unbewußten Seelentätigkeit sein können. Nur mit dem Unterschiede, daß letztere hier entsprechend der Abnormität der molekulären Gehirnelemente und wahrscheinlich deren gegenseitiger Anordnung selbst abnorm, d. h. alogisch und disparat arbeitet, und somit auch das gelieferte Produkt, die bewußte Vorstellung, bereits als falsche Prämisse sich dem Bewußtsein aufdrängt."

Die Pathogenese der Halluzinationen stellt sich Scholz

auf folgende Weise vor: „Die Halluzinationen entstehen nicht zentral, d. h. in den Vorstellungszentren, sondern peripherisch, durch Reizung der sensoriellen Nerven, entweder in ihrer peripherischen Ausbreitung oder in der zentripetalen Leitung bis zum Uebertritt in die Vorstellungsganglien.“ Er wendet sich entschieden gegen die Annahme, daß Halluzinationen, d. h. Sinneswahrnehmungen, wenn auch krankhafte, in den Vorstellungszentren selbst ihren Ursprung haben und von dort nach Außen projiziert werden. Und so hielt er fest an der Annahme der peripherischen Entstehung der Halluzinationen, was auch mit dem Satz der alten Philosophen: „Quod non est in sensu, non est in intellectu“ stimmt. „Nicht jeder krankhafte sensprielle Reiz allerdings“, sagt dabei Scholz, „führt zu Halluzinationen, und es ist ziemlich müßig, nach dem Warum zu fragen. Nur soviel kann man behaupten, daß, ob eine krankhafte Sinnesregung gleich als solche vom Intellekt erkannt und richtig gestellt wird, oder ob sie seitens desselben einer falschen Deutung unterworfen wird (z. B. ob Mouches volantes richtig als entoptische Erscheinung erkannt, oder halluzinatorisch nach außen verlegt werden), sehr viel abhängt einerseits von der Qualität und Quantität des krankhaften Sinnesreizes, sowie der Reizungsstelle, ob näher oder ferner der peripheren Ausbreitung belegen, und andererseits von dem jeweiligen Zustande des Gehirns. Sehr starke und oft wiederholte Reize wirken stärker und überzeugender als seltener auftretende; Affektionen der Retina oder des Labyrinthes haben unmittelbare Wirkung auf den Intellekt, als des bloß leitenden Apparates; ein durch vorhergegangene Krankheit oder sonstige schwächende Einflüsse, z. B. Anämie, verändertes Zentralorgan wird die ihm peripher übermittelten Sinnesreize anders, d. h. kritikloser aufnehmen, als ein ganz intaktes.“

Zwischen den beiden erwähnten Formen (der chronischen und akuten) der Verrücktheit existieren vielfache Uebergänge, da diese zwei Formen in Wirklichkeit „nicht immer streng

geschieden vorkommen". Namentlich treten, wie er ausführt, bei der originären Verrücktheit sehr häufig gleichfalls Halluzinationen und Sensationsanomalien auf, „wodurch das klinische Bild vielfach modifiziert und Typen geschaffen werden, welche bei ihrer häufigen Wiederholung schon von jeher zu dem unbestrittenen Besitztume der psychiatrischen Klinik gehört haben". So erwähnt er als Varietäten der chron. Verrücktheit: den Verfolgungswahn, Querulantenwahnsinn, die religiöse Verrücktheit und die Erotomanie.

Nach Koch[47] besteht das Wesen der primären Verrücktheit in einer primären Erkrankung des Vorstellungsgebietes. Es entstehen Wahnideen und zu ihnen können sich Sinnestäuschungen hinzugesellen. Während die Wahnideen der Manie und Melancholie einer Alteration des Gefühlslebens entspringen, ist dies bei denen der Verrücktheit nicht der Fall, sondern dieses bleibt unbeteiligt oder wird doch erst sekundär beeinflußt. Die Wahnideen der Verrücktheit sind meist die der Verfolgung, zeigen aber auch in ihrem Inhalt den Unterschied ihres Entstehens. Während der Melancholiker verfolgt wird, weil er ein Verbrecher ist, wird der Verrückte verfolgt, weil er etwas Bedeutendes ist.

Das Wort „primär" will Koch gestrichen wissen, weil es eine sekundäre Verrücktheit nicht gibt, sondern nur einen sekundären Blödsinn.

Gnauck[48] 1882 hebt hervor, daß sich aus der Epilepsie eine Verrücktheit herausentwickeln kann, so daß man von einer „epileptischen Verrücktheit" sprechen kann.

Jung[49] gibt eine Differentialdiagnose zwischen der Paranoia und der Melancholie und Manie. Nach ihm ist der Wahn der Kern der Störung, und das Kennzeichen all dieser

---

47. Koch, Primäre Verrücktheit. „Irrenfreund" 8.

48. Gnauck, Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. (Arch. f. Ps. Bd. XII, 1882, S. 337.)

49. Jung, „Ueber die Verrücktheit", Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38, 1882, S. 561.

Krankheitszustände ist der krankhafte Vorgang im Vorstellen, was im Gegensatze zur Melancholie und Manie immer zuerst erkrankt ist. Der Wahn tritt isoliert auf, unabhängig von einem ihn „tragenden“ Affekt, von Angstanfällen. Gemütliche Reizzustände, Tobsuchtsausbrüche, stuporöse Versunkenheit sind immer erst sekundär. „Der einleitende Wahn“ sagt Jung, „entsteht ohne jede Gemütsunterlage, ohne jedes Nachdenken vorher, er ist nicht Erklärungsversuch, wie in der Melancholie und Manie.“

Zu den Verrücktheiten rechnet er: Verfolgungswahn (primärer), Querulantenwahnsinn, Eifersuchtswahn, Vergiftungswahn, primärer Größenwahn, religiöse Verrücktheit, sexuelle Verrücktheit, Erotomanie, Vereinigung von Größen- und Verfolgungswahn, Zwangsvorstellungen und -triebe, halluzinatorische und sensorische Verrücktheit.

Tuczek[50] betrachtet die Hypochondrie nicht als selbständige Krankheit, sondern als ein Symptom der Melancholie und der Paranoia.

Arndt[51] rechnet die Paranoia zu der Kategorie der „psychischen Schwächezustände“. Er unterscheidet zwei Formen der Verrücktheit, eine primäre Verrücktheit, Paranoia primaria, und eine sekundäre, Paranoia secundaria. Die erstere macht zusammen mit dem Idiotismus, Cretinismus, der Imbezillität die Gruppe der primären psychischen Schwächezustände aus, die zweite gehört zu der Gruppe der sekundären psychischen Schwächezustände.

Die Entstehung der primären (originären) Verrücktheit ist bedingt durch abnorme Anlage und Entwicklung der ganzen ursprünglichen Organisation des betreffenden Individuums, sie ist also angeboren. Falls sich diese Form aus

---

50. Tuczek, Allg. Zeit. f. Ps. Bd. 39, 1883. Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte, Eisenach, 1882.

51. Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie usw. Wien und Leipzig. 1883. S. 273, 274, 275, 277, 278, 388, 441, 521, 523, 526, 527, 530, 553, 536, 538, 541, 546, 549, 553, 555, 556, 559, 560, 561.

den Schwächezuständen (Schwachsinn, Stumpfsinn und Blödsinn im engeren Sinne), welche durch Paralogien, Wahnvorstellungen, kompliziert sind, herausgebildet hat, so kann man sie in mehr allgemeinem Sinne als bloße Blödsinnsform und je nachdem als eine Imbecillitas, oder Dementia paranoica betrachten.

Die sekundäre Verrücktheit schließt sich an die primären typischen[52] psychischen Störungen (Manie, Melancholie usw.) an.

Die primäre Verrücktheit unterscheidet sich in den prägnantesten Fällen von der sekundären durch die viel geringere Beeinträchtigung des Intellektes und die viel größere Stärke und Nachhaltigkeit der in ihr auftretenden Affekte. Sie ist vorzugsweise häufig eine partielle, ein Delirium oder eine „Vesania circa unam rem".

Arndt stellt eine große Zahl der Varietäten der Paranoia auf. So unterscheidet er folgende Arten der primären Paranoia:

1. das moralische Irresein (Moral insanity, die Alienatio sensuum mit ihren verschiedenen Formen, Querulantenwahn (Prozeßkrämerei), Paranoia levissima oder inchoata (die leichtesten Formen der Moral insanity), Paranoia corrupta (die schwereren, in denen das Verkommene, Ehr- und Schamlose mehr hervortritt), Paranoia argutans (Folie raisonnante), in welcher „der ungetrübte, vielfach hoch entwickelte Intellekt dazu benutzt wird, mit scheinbar guten Gründen, die verschiedenen Dysbulien und Dyspraxien zu erklären, und oft nicht bloß zu entschuldigen, sondern sogar zu rechtfertigen.

---

52. Unter „typischen Störungen" faßt er die zu der ersten Kategorie seiner Klassefication gehörigen Psychosen: Manie, Melancholie, zirkuläres, periodisches Irresein (das alles verschiedene Formen der sogenannten Vesania typica) und die progressive Paralyse zusammen.

2. Paranoia partialis, leichte Form der Paranoia, in der die Wahnvorstellungen noch nicht die ganze Persönlichkeit beeinflussen; diese Art tritt in zwei Formen auf: Paranoia rudimentaria (mit Neigung zum Grübeln), Paranoia persecutoria (Verfolgungswahn). Als besondere Form der Paranoia rudimentaria gilt die Paranoia indagatoria (zwangsmäßiges Grübeln, Grübelsucht) mit ihren verschiedenen Arten: z. B. Paranoia interrogatoria (Fragesucht), Paranoia numerans (Zählsucht), Paranoia tendabunda, in welcher die Kranken alles befühlen, alles kosten, beriechen müssen. Dann folgen Arten der Paranoia mit zwangsmäßigem Handeln; Paranoia anilis, unter dieser versteht Arndt einen Zustand, der durch Zwangshandlungen aller Art, wie sie vornehmlich bei alten abergläubischen Weibern vorkommen, um dieses oder jenes Unheil zu verhüten, ausgezeichnet ist. So z. B. die Kranken müssen erst drei Kreuze machen, ehe sie Brot anschneiden oder essen, oder: sie müssen erst dreimal an die Tischplatte geklopft haben, ehe sie ihre Mahlzeit einzunehmen anfangen, usw.

Unter den Zwangsgedanken erwähnt er noch die Scheu vor Berührung von allerhand Gegenständen, aus Furcht sich dadurch überhaupt zu schaden (Délire du toucher, Legrand du Saulle), dann Rupophobie; Vorstellungen, schmutzig zu sein und sich alle Augenblicke reinigen und waschen zu müssen. Ich muß hier bemerken, daß die Mehrzahl der oben genannten Varietäten der Paranoia partialis jetzt als „psychopathische Konstitutionen“ aufgefaßt werden.

Paranoia persecutoria: dazu gehören verschiedene Arten von Verfolgten.

3. Paranoia universalis s. completa; sie ist die schwerere Form der Paranoia und entsteht dann, „wenn die Zustände, aus denen die Paranoia partialis hervorgeht, zunehmen und namentlich allgemeiner werden. Bei dieser Form erfährt die ganze Persönlichkeit eine Umwandlung, sie ist eine andere geworden und hat oft nichts mehr mit der alten gemein.

Dazu gehört auch die hypochondrische, epileptische, hysterische Verrücktheit, die Paranoia der Alkoholisten, die halluzinatorische Verrücktheit. Dem Alter nach unterscheidet Arndt eine Paranoia puerilis, puberum, adolescentiae, mediae aetatis, climacterica, senilis.

Auf Mendels[53] Vorschlag wurde der alte Name „Paranoia", der in Deutschland ganz vergessen zu sein schien, in die moderne psychiatrische Nomenklatur definitiv eingeführt; wie in Deutschland so wurde dieser Name auch im Auslande, speziell in Italien, Amerika und Frankreich eingebürgert. Somit ist, wie Werner sagt, ein Wirrwarr und ein Heer von Ausdrücken für dieselbe Krankheitsform aus der Welt geschafft. In seiner Abhandlung unterscheidet Mendel eine primäre und eine sekundäre Paranoia. Die erstere, die primäre Paranoia definiert er als eine funktionelle Psychose, die charakterisiert ist durch das primäre Auftreten von Wahnvorstellungen. In bezug auf die Differentialdiagnose sagt er: „Durch die Bezeichnung „funktionell" ist die Krankheitsform von vornherein abgegrenzt gegen diejenigen Psychosen, für die eine anatomische Grundlage zurzeit schon nachgewiesen werden kann."

Von der Melancholie und Manie unterscheidet sich die Paranoia durch das primäre Auftreten von Wahnvorstellungen. Was diese, das Hauptsymptom der Paranoia, anbetrifft, so äußert sich Mendel hierüber folgendermaßen: „Die Wahnvorstellungen der primären Paranoia regieren, ohne durch Kontrastvorstellungen gestört zu werden, das gesamte geistige Leben des Kranken: der Ueberrest der nicht krankhaft veränderten Vorstellungen steht dabei unter sich soweit in gesetzmäßigem Verkehr, als er nicht in Konflikt mit den dominierenden Wahnvorstellungen kommt.

---

53. Mendel, Verrücktheit. Paranoia. Wahnsinn. Eulenbergs Real-Encyclopaedie der gesamten Heilkunde. Bd. 14. 1883 und zweite Auflage Bd. 15, S. 216.

Das Fühlen richtet sich nach dem Inhalt der Wahnvorstellungen und ändert sich mit diesem: es ist weder die gleichmäßig traurige Verstimmung des Melancholismus, noch das gesteigerte, unkontrollierte Selbstgefühl des Maniacus vorhanden.

Das krankhafte Handeln ist die Konsequenz des Inhalts der Wahnvorstellungen mit oder ohne Sinnestäuschungen.

Die „abortive Form der Verrücktheit" Westphals rechnet Mendel nicht zur Paranoia, da es sich bei der abortiven Form nicht um Wahnvorstellungen, sondern um Zwangsvorstellungen, bei denen der Gesamtinhalt des Bewußtseins sich ablehnend gegen die sich aufdrängenden abnormen Vorstellungen erklärt, handelt.

Auf Grund seiner eigenen genauen Beobachtungen teilt er die primäre Paranoia in eine Paranoia simplex, welche ohne Halluzinationen entsteht und auch im weiteren Verlauf keine oder wenigstens nur ganz vereinzelte zeigt, das Krankheitsbild nicht wesentlich beeinflußt, und in die Paranoia hallucinatoria, welche von vornherein mit Halluzinationen beginnt, während ihres weiteren Verlaufs von denselben begleitet und in ihrem Krankheitsbild wesentlich durch sie beeinflußt wird. Beide zerfallen wieder in eine akute und in eine chronische Form.

Die Paranoia simplex chronica zeigt in ihrem Verlaufe drei Stadien. Das erste Stadium, die Zeit des ersten Beginns der Erkrankung, läßt sich fast nie mit Sicherheit feststellen. Häufig handelt es sich um Personen, welche von jugend an eine Neigung zum Mißtrauen, einen Hang zur Einsamkeit, zur Hypochondrie zeigen. Gewöhnlich gilt als Initialsymptom der Krankheit der Umstand, daß die Kranken sich stärker hypochondrisch verstimmt zeigen, daß sie „zerstreut" erscheinen, daß sie einzelne bizarre Bewegungen machen, zuweilen ohne Motiv lachen oder sich leicht zu grober Rücksichtslosigkeit, zu jähzornigem Handeln hinreißen lassen. „Zweifel an der psychischen Gesundheit entsteht erst dann,

wenn die Kranken sich mit sonderbaren Fragen an die Angehörigen oder an Freunde wenden, Briefe eigentümlichen Inhalts schreiben, bis endlich bestimmt ausgesprochene Behauptungen an dem „Wahn“ keinen Zweifel lassen.

Das zweite Stadium ist charakterisiert durch Auftreten bestimmter Wahnvorstellungen (Verfolgungs-, Größen-, Beeinträchtigungs-, Vergiftungs-, Erfindungswahn usw.), die sich zu einem System ausbilden. Die Verfolgungsvorstellungen sind meist von den Größenwahnvorstellungen begleitet; die letzteren entwickeln sich psychologisch aus den ersteren. Der spezielle Inhalt der Wahnvorstellungen ist meist von irgendwelchen zufälligen Ereignissen abhängig, die durch Erzählungen, Zeitungen, Bücher usw. zur Kenntnis des Kranken kommen. „Jetzt erst erfährt man, wie — meist seit vielen Jahren — die Kranken Vorgänge in der Außenwelt mit einem sie beherrschenden Wahnsystem in Zusammenhang gebracht haben. Es handelt sich dabei um an sich richtige Wahrnehmungen, denen die Kranken eine unrichtige Deutung gegeben haben.“ In diesem Stadium beobachtet man auch Erinnerungsfälschungen. Vereinzelt können in der Zeit größerer Erregung Halluzinationen (Gesichts-, Gehörshalluzinationen) auftreten, diese haben aber nie jene Intensität und jenen bestimmenden Einfluß auf das Krankheitsbild, wie in der halluzinatorischen Paranoia.

Dieses Stadium kann Jahre, selbst ein Dezennium lang dauern, dabei bestehen sehr oft Remissionen, „wobei die Kranken während der Dauer der letzteren häufig lange Zeit frei sich umherbewegen, selbst die früher gewohnte Beschäftigung nicht ohne Erfolg wieder aufnehmen können.“

Das dritte, Endstadium, ist, bei dem unveränderten Fortbestehen des Inhalts der Wahnvorstellungen, durch die Abnahme der Energie derselben gleichzeitig mit der Abnahme der geistigen Kraft charakterisiert. „Das Feuer, welches brannte, ist längst erloschen, aber auch das Gebäude ist vernichtet.“ Auch dieses Stadium verläuft ungemein chronisch

und pflegt erst sehr allmählich, oft überhaupt nicht, in einen ausgeprägten Zustand von Blödsinn mit Abschwächung des Gedächtnisses, Teilnahmslosigkeit, Unfähigkeit zu jeder Tätigkeit überzugehen. Höhere Grade des Blödsinns kommen sehr selten vor: „In vielen Fällen kehrt der Kranke in dem dritten Stadium der Krankheit in die Gesellschaft zurück, wenn er während des zweiten in einer Anstalt festgehalten werden mußte, und ist imstande, in seinem früheren Beruf wieder etwas zu arbeiten; seine Wahnvorstellungen schließt er sorgfältig in sich, häufig aus Furcht, durch Aeußerung derselben wieder seiner Freiheit beraubt zu werden."

Als besondere klinische Formen, Varietäten, dieser Paranoia chron. sipl. betrachtet er: die originäre Verrücktheit Sanders und den Querulantenwahnsinn. Eine Heilung bei dieser Form hat Mendel nicht gesehen.

Die Paranoia hallucinatoria chronica hat zwei Stadien. Im ersten Stadium treten primäre Halluzinationen mehr vereinzelt auf; meistens sind das Gehörshalluzinationen. Der Kranke deutet sie zuerst als Täuschungen, „Mystifikationen", allmählich kommt aber die Ueberzeugung, daß er es mit Realitäten zu tun hat; doch verschließt er seine Ueberzeugung in sich, da die Dinge so etwas Eigentümliches, Merkwürdiges, meist Abscheuliches an sich haben, daß er sich vorerst scheut, jemandem etwas zu sagen. „Er geht seinem Beruf wie früher nach, er arbeitet mit geistiger Anstrengung, er nimmt sich vor, sich um die Stimmen nicht zu kümmern."

„Die Welt bemerkt nichts Krankhaftes an ihm; ein zeitweise unmotiviert hervortretendes Lächeln, ein eigentümlicher Blick nach der Decke des Zimmers, Selbstgespräch, eine auffallende Geste wird als „Eigentümlichkeit" als „Zerstreutheit" wohl hier und da registriert; auch gibt wohl eine unpassende oder unmotivierte Aeußerung, eine eigentümliche Frage Gelegenheit, ihn scherzweise „verdreht" zu bezeichnen, aber niemand ahnt, daß der Kranke in einer anderen Sinnenwelt lebt."

Aus den Sinnestäuschungen entstehen durch den Versuch dieselben zu erklären, sekundäre Wahnvorstellungen, die sich ebenfalls, wie bei der Paranoia simplex zu einem System ausbilden können.

Das zweite Stadium ist dadurch charakterisiert, daß Wahnvorstellungen die Oberhand über die Besonnenheit, durch die der Patient bis dahin imstande war, sie zurückzudrängen, gewonnen haben. „Dieses zweite Stadium wird zuweilen durch eine erregte Periode mit massenhaft sich aufdrängenden Halluzinationen eingeleitet, die den Kranken selbst in einen Zustand von Tobsucht versetzen können. Eine ungenügende Anamnese oder mangelhafte Kenntnis derartiger Zustände erweckt dann den Schein, als ob es sich um einen akuten Ausbruch einer Psychose handelt; diese Fälle werden dann auch als akute Paranoia betrachtet, während der Anfang der Krankheit mit ihren Halluzinationen jahrelang zurückliegt. Im übrigen ist der Verlauf dieses zweiten Stadiums in ähnlicher Weise, wie bei der einfachen Form, mit vielfachem Wechsel der Stimmung entsprechend der größeren oder geringeren Intensität der Halluzinationen verbunden. Vorübergehend treten Dissimilation, Verleugnen der Halluzinationen ein.

Die Heilung dieser Form gehört nach Mendel zu den größten Seltenheiten, er hat sie nie beobachtet. Besserungen, bei denen der Kranke jahrelang in der Gesellschaft leben und tätig sein kann, werden irrtümlich öfter als Heilungen aufgefaßt.

Eine Varietät dieser Form ist die hypochondrische Paranoia.

Für die Entstehung der Paranoia sieht er folgende Momente als ursächlich an:

1. Als veranlassende und auxiliäre Ursachen: psychische Momente obenan, getäuschte Hoffnungen, unbegrenzter Ehrgeiz mit Mißerfolgen, pekuniäre Ver-

luste, unglückliche Ehen, Einzelhaft (halluzinatorische Form) usw.

2. Krankheiten des Nervensystems: Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie; aber nur dann kann man von hysterischer oder epileptischer Paranoia sprechen, wenn sich die Krankheit aus einem epileptischen oder hysterischen Anfall entwickelt hat.
3. Im Anschluß an Herderkrankungen des Hirns.
4. Im Verlauf von medullären Erkrankungen, besonders der Tabes.
6. Onanie.
7. Alkoholmißbrauch.

Was speziell die erbliche Anlage betrifft, so sagt er: „Eine besondere Bedeutung hat man für die Entwicklung der Paranoia in der erblichen Anlage gesucht. Meine eigenen Zusammenstellungen ergaben nicht, daß sich die Paranoia (abgesehen von der originären Form) hier anders verhält, wie die Manie und Melancholie. Bei einer sehr genauen Aufnahme der Anamnesen ließ sich in ein Drittel aller Fälle überhaupt keine erbliche Anlage nachweisen, und nur in 8 % aller Fälle konnte eine Anzahl Fälle von Psychosen in der Familie nachgewiesen werden, so daß man an eine „Degeneration" denken konnte. In betreff der erblichen Anlagen zur Melancholie und Manie finde ich ganz ähnliche Zahlen." An einer anderen Stelle sagt er: „Die geschilderte Aetiologie zeigt ebensowenig wie die Symptomatologie, daß wir es bei Paranoia im Gegensatz zur Melancholie und Manie mit einer degenerativen Psychose zu tun haben, wohin einige Autoren die Paranoia rechnen. Wir finden in der Aszendenz keine hervorstechenden Gründe für eine solche Degeneration, wir vermissen aber auch bei unseren Kranken, wie die Symptomatologie lehrt, wenn wir von der originären Form absehen, körperliche Zeichen der Degeneration."

Die sekundäre Paranoia ist nach Mendel eine sehr seltene Form; sie präsentiert sich als Ausgang der Melan-

cholie oder Manie. „Dem klinischen Bilde nach sind einzelne dieser Kranken absolut nicht von jenen Fällen von primärer Paranoia zu unterscheiden, wenn auch öfter sich im Vergleich zu diesen eine größere Schwäche der Intelligenz zeigt.“

Mendel hat die sekundäre Paranoia nur in allgemeine Verwirrtheit und in Dementia übergehen gesehen. Im übrigen gilt in bezug auf Illusionen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen für die sekundäre Paranoia das, was bei der primären gesagt worden ist.

Eine ausführlichere Schilderung der sekundären Paranoia hat er in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie in der Sitzung am 9. April 1883 (Neurologisches Zentralblatt) gegeben.

Schüle[54] unterscheidet in der zweiten Ausgabe seiner Psychiatrie die Psychosen auf Grundlage organo-psychischer Vollentwicklung von denen auf Grundlage defekter organo-psychischer Anlage resp. Konstitution.

Zu den Psychosen „auf Grundlage der organo-psychischen Vollentwicklung“ gehören u. a. auch die Psychosen des „invaliden“ Gehirns, zu welchen Schüle den Wahnsinn (den Ausdruck Wahnsinn gebraucht er gleichwertig mit Paranoia) in seiner akuten, chronischen und attonischen (gleichwertig mit Katatonie) Form rechnet.

Die originäre Verrücktheit und den Querulantenwahnsinn sieht Schüle nicht als zur Paranoia gehörig an, sondern reiht sie in die Psychosen „auf Grundlage defekter organo-psychischer Anlage“ ein und zwar führt er sie in dem Kapitel über „das einfache hereditäre Irresein“ auf.

Der innerste Kern des Wahnsinns ist nach Schüle „eine primäre Störung im Vorstellungsleben, entweder in Form einer Hemmung oder Förderung der Ich-Gruppe mit allegorisierender (illusorischer) Apperzeption; oder aber

54. Schüle, Klinische Psychiatrie, Leipzig, 1886.

einer Auflösung des Ich-Verbandes durch jäh einbrechende und übermächtige Sinnestäuschungen.“

Bei dem chronischen primären Wahnsinn bleibt das Ich erhalten, wiewohl als ein gefälschtes, weil es dem Zwange der unbewußt sich vollziehenden Objektivierung jenes subjektiven Hemmungs- oder Förderungsgefühles erliegt. Somit besteht das Wesen der Störung psychologisch in einer Illusion oder falschen Apperzeption.

Die Genese des Prozesses setzt einen begleitenden logischen Defekt, eine geschwächte oder mangelnde Kritik und Reflexion — Schwäche oder Ausschaltung der Vorderhirntätigkeit, wozu noch die verminderte Hemmungsfähigkeit kommt[55] — voraus.

Weiter ist nach Schüle für die typische chronische Wahnsinnsform charakteristisch, daß sie eine sogenannte partielle Bewußtseinsstörung herausbildet, neben welcher der übrige Teil des geistigen Geschehens — des gesunden Ich — sich noch zu konservieren vermag, und daß im gesunden und kranken Bewußtseinssegment die formalen logischen Funktionen erhalten bleiben.

Die Stimmung ist nach Schüle im Gegensatz zu der Manie und Melancholie eine sekundäre, reaktive, d. h. eine solche, die durch Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen bedingt und unterhalten wird.

---

55. So sagt Schüle: „Beide Vorgänge (geschwächte oder mangelnde Kritik und Reflexion) setzen eine Verminderung der psychischen Hemmungstätigkeit, eine reizbare Schwäche im geistigen Mechanismus des Wahnsinnigen voraus, wodurch die neu eintretende gefälschte Wahrnehmung eine ungehinderte Masse associativer Verbindungen und einen hemmungslosen Eintritt in das Blickfeld des Bewußtseins erzwingt, während andererseits das begleitende phantastische Element, das leise innerliche „Mithallucinieren“ (gleichfalls eine Folgewirkung aus den herabgesetzten zentralen Leitungswiderständen), die objektivierende Täuschung erleichtert und vollziehen hilft.“

Remissionen, die man sehr oft mit einer Heilung verwechselt, und Exazerbationen treten häufig auf. Die letzteren stellen beim chronischen Wahnsinn symptomatologisch nichts anderes dar, und sind auch nichts anderes, als eine akute halluzinatorische Wahnsinnsform; deshalb ist eine Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte erforderlich, um eine Verwechslung mit echtem akuten Wahnsinn zu vermeiden.

Was endlich die Genese der Wahnideen anbetrifft, so stammen sie entweder aus Vorstellungen (Wahrnehmungen, Worten, Einfällen), oder aus Sinnesempfindungen aller Art, welche „allegorisiert", d. h. in die apperzeptive Illusion des Ich aufgenommen und in dessen Stimmung gefärbt „umgedeutet" werden. Danach lassen sich die Wahnideen genetisch in 1. Vorstellungen und 2. Sinneswahn unterscheiden.

Der wesentliche psychologische Unterschied in der Bedeutung der Wahnvorstellungen (als solcher) im Wahnsinn gegenüber der Melancholie ist nach Schüle der, „daß im ersteren der „Wahn" sofort schon gegeben ist, wenn auch anfänglich nur als allgemeine Denkschablone, — während er in der Melancholie erst sekundär hinzukommt. Dort ist er ein unentbehrliches wesentliches Element, hier nur ein akzidentelles, welches sehr oft auch fehlen kann. Die Wahnerschaffung an sich wirkt deshalb im Wahnsinn eigentlich entlastend, aufklärend, in der Melancholie belastend, nur erklärend."

Ferner erörtert Schüle die Verknüpfung des Größenmit dem Verfolgungswahn, die sich ohne weiteres psychologisch erklären läßt, indem allmählich der an Verfolgungswahn leidende Kranke die Verfolgung in der Weise motiviert, daß er sagt: „Ich werde verfolgt, folglich muß ich etwas Großes bedeuten."

Schüle unterscheidet zwei Hauptformen des chronischen Wahnsinns: 1. einen chronischen, depressiven Wahnsinn, der eigentliche Verfolgungswahn, wohin auch der hypo-

chondrische und onanistische Wahnsinn gehört; 2. einen chronischen expansiven Wahnsinn. Die gesonderte, spezielle Betrachtung dieser Formen ist für unsere Untersuchung ohne Bedeutung.

Ich möchte noch erwähnen, daß die originäre Verrücktheit nach Schüle jene Gruppe des typischen Wahnsinns ist, „welche nicht wie der erworbene, ein Produkt einer spätern nervösen Affektion darstellt, sondern aus einer anormalen Anlage herauswächst, indem die ursprüngliche geistige Exzentrizität und Disharmonie sich über die weitesten zulässigen Grenzen hinaussteigert (Hypertrophie des hereditären und des hysterischen Charakters)".

In seinem „Compendium der Psychiatrie"[56] bezeichnet Kraepelin die Verrücktheit als eine „dauernde, tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit, die sich hauptsächlich in einer krankhaften Auffassung und Verarbeitung der äußeren und inneren Eindrücke kundgibt."

Die Krankheit greift in die höheren geistigen Funktionen ein, „denn die fixe Wahnidee ist kein isoliertes pathologisches Symptom, wie etwa eine Sinnestäuschung, eine unmotivierte Verstimmung, sondern sie ist das untrügliche Zeichen einer dauernden, fundamentalen Unzulänglichkeit der gesamten intellektuellen Leistungen". Somit ist die Invalidität der Grundzustand, auf dem allein das Krankheitsbild der Verrücktheit zur Ausbildung gelangt resp. sich in seiner Ausbildung erhält. Ist dieser Grundzustand ein primärer und zwar ein angeborener, so handelt es sich um eine originäre Verrücktheit; haben wir es dagegen mit einem allmählich im Laufe der individuellen Entwicklung erworbenen zu tun, oder ist er als Endstadium aus einer anderen psychischen Erkrankung hervorgegangen, so kommt eine andere Art zustande, die sekundäre Verrücktheit.

Bei der primären Verrücktheit wird das Krankheitsbild

56. Kraepelin, Compedium der Psychiatrie. Leipzig, 1883.

beherrscht durch das Wahnsystem, die krankhaft verfälschte Auffassung des Verhältnisses der eigenen Person zur Umgebung. „Die gesunde Wahrnehmung", sagt Kraepelin, „ist durch Sinnestäuschungen aller Art, sowie durch die subjektive Interpretation der normalen Eindrücke hochgradig gestört, die Stimmung und das Handeln werden durch den Einfluß der Wahnideen in abnorme Bahnen geleitet."

Die Entstehung der Wahnideen kann sich hauptsächlich auf zwei verschiedenen Wegen vollziehen: durch Vermittlung von Sinnestäuschungen oder in Form von sog. Primordialdelirien; die letzteren haben den Charakter der Vorstellungen, die plötzlich im Bewußtsein auftauchen und in demselben eine überraschende Macht erlangen, so daß sie schon im Augenblicke ihres Entstehens für den Kranken die Eigenschaft unumstößlicher Wahrheit gewonnen haben. Der Grund für dieses eigentümliche Verhalten liegt nach Kraepelins Ueberzeugung nicht etwa in der besonderen Art der Vorstellungen selbst, sondern in dem Zustande des vorstellenden Subjektes, in seiner mangelnden kritischen Widerstandsfähigkeit, in dem günstigen Boden, welchen die Primordialdelirien in der psychopatisch disponierten Persönlichkeit vorfinden.

Der Störung, wie den scheinbar gesteigerten geistigen Leistungen, liegt die gleiche Veränderung, ein abnormes Ueberwiegen der assoziativen Vorgänge über die logischen Gedankenverbindungen, zugrunde. Von einer „partiellen" psychischen Erkrankung kann somit keine Rede sein.

Kraepelin hebt bei der primären Verrücktheit verschiedenartige Wahnvorstellungen hervor: Größenwahn, Versündigungswahn (selten), Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, religiösen usw. Transformationen der Vorstellungen beobachtet man häufig. Halluzinationen sind nicht selten, und spielen, wie schon oben erwähnt, eine große Rolle in der Entstehung der Wahnvorstellungen.

Der Verlauf der primären Verrücktheit ist in der Mehrzahl der Fälle ein überaus chronischer. Der Ausgang der Krankheit ist ein Schwächezustand mit allgemeiner Abnahme der psychischen Leistungen.

Erblichkeit, mancherlei Schädlichkeiten der fötalen und kindlichen Entwicklung, Alkoholismus, und die psychopatische Disposition, als Grundlage, gelten für ihn als ätiologische Momente.

Die sekundäre Verrücktheit rechnet er zu den „sekundären Schwächezuständen". Der Querulantenwahn stellt eine Art des moralischen Irreseins dar. Das krankhafte Element bei dem Querulanten liegt in dem mangelnden Verständnisse für das objektiv Rechte, in der Identifizierung der persönlichen Interessen mit dem öffentlichen, allgemeinen Wohle.

Die spätere Auffassung Kraepelins[57] bezüglich der Paranoia geht dahin, daß unter dieser nur diejenige Erkrankungsform zu verstehen sei, bei der „ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln" sich herausbilde.

Insbesondere macht Kraepelin dagegen Front, daß viele Psychiater als Paranoia jede Erkrankungsform bezeichnen, bei der eine hauptsächlich auf dem Gebiet der Verstandestätigkeit sich abspielende Störung im Vordergrund stehe. Daß es zu solchen Verwirrungen kommen konnte, liegt seiner Ansicht nach „an dem Grundfehler unserer klinischen Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten, der rein symptomatischen, auf ausgeklügelten Voraussetzungen beruhenden Abgrenzung der Krankheitsformen".

Das Wesen der „Verrücktheit" besteht nach Kraepelin darin, daß zunächst ein Verfolgungswahn entsteht, mit dem sich Hand in Hand Größenideen herausbilden. Im übrigen unterscheidet sich seine Schilderung der „Verrückt-

57. Kraepelin, Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.

heit“ im wesentlichen nicht von der Ziehenschen typischen Paranoia chronica simplex.

Die Sandersche Angabe, daß die sog. „originelle Verrücktheit“ bis in die Jugend zurückreiche, fand Kraepelin nicht bestätigt. Er ist vielmehr der Meinung, daß der Beginn der Krankheit sich höchstens bis in die erste Hälfte des dritten Jahrzehntes zurückverfolgen lasse. Uebrigens ist er der Ansicht, daß die der sog. „originären Verrücktheit“ zugerechneten Fälle fast immer der Dementia hebephrenica angehören.

Die Kraepelinsche Auffassung (oder Definition) der Verrücktheit trifft naturgemäß nur auf eine relativ kleine Zahl von Fällen zu; die größte Zahl derjenigen Psychosen, die im allgemeinen zur Paranoia chronica simplex und hallucinatoria gerechnet wird, zählt er zur Dementia praecox, und zwar zur paranoiden Form derselben.

In seinem Lehrbuch der Psychiatrie[58] sagt er darüber folgendes: „Sowohl bei der Hebephrenie wie bei der Katatonie sind ausgeprägte Wahnbildungen überaus häufig. Während sie aber dort in der Regel nach verhältnismäßig kurzer Zeit wieder zu verblassen pflegen, haben wir nunmehr eine Gruppe von Krankheitsbildern ins Auge zu fassen, bei denen neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen viele Jahre hindurch die hervorstechendste Störung bilden“.

Ferner bei der Besprechung der „paranoiden“ Formen der Dementia praecox bemerkt er: „Die zweite, weit umfangreichere Gruppe von Krankheitsbildern, die ich geneigt bin, vorläufig an dieser Stelle einzufügen, ist dadurch gekennzeichnet, daß abenteuerliche Wahnvorstellungen, meist von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet, sich in mehr

58. Kraepelin, Psychiatrie. 7. Aufl. 1904; S. 239.

zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden. Früher habe ich diese Formen als „phantastische Verrücktheit" der Paranoia zugerechnet, wie das allgemein zu geschehen pflegt. Allmählich jedoch ist es mir immer wahrscheinlicher geworden, daß sie der Dementia praecox näher verwandt sind als der Paranoia."

Magnan[59] schildert unter dem Namen „Délire chronique à évolution systématique" (Moebius übersetzt: Paranoia chronica mit systematischer Entwicklung oder Paranoia completa) eine psychische Erkrankung, welche sich zunächst dadurch charakterisiert, daß sie im allgemeinen solche im reifen Alter stehende Menschen befällt, die früher geistig intakt waren, d. h. vor dem Ausbruch der Psychose keinerlei Störungen in intellektueller, moralischer und affektiver Hinsicht zeigten. Gerade diesen Umstand betont Magnan als einen äußerst wichtigen, weil er denselben als ein von vornherein hervorstechendes, differential-diagnostisches Merkmal zwischen dem Délire chronique und dem später noch näher zu besprechenden „Irresein der Entarteten" hält.

Als weitere Kennzeichen des Délire chronique gelten: 1. seine lange Dauer (zuweilen 50 Jahre und mehr), 2. sein methodischer, stetig fortschreitender Verlauf, der vier deutliche Abschnitte erkennen läßt.

Das erste Stadium, das der Inkubation, äußert sich in unbestimmten Gefühlen der Unruhe, des Zweifels und des Argwohns (période d'inquiétude). Auf dieses Stadium folgt mit absoluter Sicherheit die Periode der Verfolgung (période

59. Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893. Vgl. Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von Moebius. Leipzig, 1891. Verl. v. Thieme. Heft I. Ferner siehe: Le délire chronique a évolution systématique (Arch. de Neurol. Décembre 1894).

de persécution), deren Hauptsymptom zunächst Halluzinationen, und zwar solche des Gehörs sind. Da der Inhalt der Akoasmen fast immer beschimpfender, beleidigender und drohender Natur ist, so bildet sich bei dem Kranken ein Verfolgungswahn aus. Anfangs beklagt er sich nur, von allen Seiten verhöhnt und verspottet zu sein; schließlich verteidigt er sich gegen seine vermeintlichen Feinde und wird aggressiv. Aus dem Verfolgten ist ein Verfolger geworden. (An dieser Stelle sei zugleich bemerkt, daß Magnan die Halluzinationen als Folge eines in dem zugehörigen Sinneszentrum der Gehirnrinde stattfindenden Erregungsvorganges ansieht und annimmt, daß bei Halluzinierenden die Erregbarkeit dieser Gehirnteile gesteigert sei.)

Das dritte Stadium bildet sich allmählich aus dem zweiten heraus, indem die Verfolgungsvorstellungen in Größenwahn übergehen (Transformation). Dieser Uebergang kann sich zunächst derart vollziehen, daß der Kranke, der sich seit Jahren von allen Seiten mit Neid und Eifersucht energisch verfolgt fühlt, logischerweise zu dem Schluß kommt, daß er etwas Bedeutendes sein müsse. Bei anderen Kranken wiederum tritt der Größenwahn im Anschluß an eine Halluzination plötzlich auf. Endlich aber entstehen Größenwahnvorstellungen auch ohne die eben bezeichneten ursächlichen Momente, indem der Wahn unvermittelt an irgendein Wort, eine Bemerkung, eine Zeitungsnotiz oder dergleichen geknüpft wird. Die tiefere eigentliche Ursache des Größenwahns sieht Magnan in einer geistigen Schwäche, die im zweiten Stadium gewöhnlich einzutreten pflegt. Er ist also, wie Magnan sagt, „ein Zeichen schlechter Vorbedeutung". „Der Größenwahn ergreift den Geist gerade dann, wenn dieser seine Kraft verliert" (Période d'ambition).

Endlich in der vierten Periode sinkt das geistige Niveau immer mehr und die Demenz tritt in den Vordergrund (Période de démence).

Heilung tritt niemals ein, Remissionen sind selten.

Heredität (nicht aber Degeneration) kann vorhanden sein oder auch nicht.

Das Postulat der vier Stadien, welches Magnan für seine Paranoia completa aufstellt, schließt ohne weiteres eine große Anzahl von Fällen aus, die von den meisten Autoren zur Paranoia gerechnet werden. Derartige Fälle bringt er in der Gruppe der „erblich Entarteten" als „Irresein der Entarteten" (Folie héréditaire) unter.

Zwischen dem Délire chronique und der Folie héréditaire macht Magnan eine scharfe Scheidung. Schon oben wurde darauf hingewiesen, daß das Délire chronique zum Unterschied von der Folie héréditaire nur Menschen im reifen Alter befällt, die früher geistig gesund waren (Menschen mit „rüstigem Gehirn"), während die Symptome der Folie héréditaire in die frühe Jugend zurückreichen. Bei den Kranken dieser letzteren Gruppe handelt es sich regelmäßig um Individuen, die vor dem Ausbruch der Psychose, Zeichen einer gestörten Seelentätigkeit darboten, sei es, daß es sich um Abnormitäten des Charakters oder um ungewöhnliche Triebe, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, intellektuelle und moralische Lücken, körperliche Stigmata usw. handelte.

Die weiteren charakteristischen Merkmale, durch welche sich dieses auf dem Boden der Entartung erwachsene Irresein von chronischer Paranoia unterscheidet, äußern sich wesentlich in 3 Punkten: 1. in der raschen unvermittelten, oft brüsken Entstehung der Wahnidee, die sofort zur vollen Höhe ihrer Ausbildung gelangt, sodann 2. in der Fixation und mangelnden Weiterentwicklung dieser Idee; endlich 3. in der Möglichkeit einer Heilung, wobei Rezidive nicht ausgeschlossen sind. Diese prägnanten Unterschiede der beiden besprochenen Formen finden nach Magnan ihre Erklärung in verschiedenen Umständen. Das rasche plötzliche, ohne Vorbereitung erfolgende Auftreten der Wahnideen bei der Folie héréditaire findet seine Erklärung in einer bereits schon lange vor Ausbruch der Psychose bestehenden

Störung des psychischen Mechanismus, der infolge Fehlens korrigierender Einflüsse nicht imstande ist, primär auftauchende oder aus Halluzinationen entstandene Irrtümer zu bekämpfen. Der Kranke mit dem ursprünglich „rüstigen" Gehirn hingegen, der Paranoiker, kämpft lange Zeit gegen die auftauchenden Vermutungen und wahnhaften Umdeutungen; erst nach heftigem Widerstand kommt er dazu, eine Realität der Sinnestäuschungen anzunehmen; dann aber ist er besiegt für immer. Der Paranoiker bildet seine Wahnideen aus Schlüssen und Vermutungen, der erblich Entartete gibt erst hinterher eine Begründung für dieselbe.

Der Wahn des Entarteten kann kurze oder lange Zeit andauern; bald zeigt er sich stark und unveränderlich, bald taucht er flüchtig auf und wechselt fortwährend die Form; niemals jedoch zeigt er eine Weiterentwicklung, da der Mangel an assoziativer Ideenverknüpfung ihn daran hindert. Folglich kann auch von einer periodischen Entwicklung des Wahnes, wie bei der Paranoia completa, nicht die Rede sein.

Jedoch bieten, wie Magnan hervorhebt, nicht alle Fälle von Folie héréditaire ein derart typisches Gepräge, um sie ohne weiteres von der Paranoia completa unterscheiden zu können. So z. B. können Verfolgungs- und Größenwahn nicht nur ohne Sinnestäuschungen, sondern auch mit solchen auftreten. Es kann somit das Bild eines an Paranoia completa Leidenden im zweiten oder dritten Stadium vorgetäuscht werden. Deshalb ist es nach Magnan wichtig, die Vorgeschichte des Patienten und den ganzen Verlauf bis in seine ersten Anfänge zurück zu studieren.

Was speziell den Größenwahn bei erblich Entarteten anbetrifft, so folgt derselbe nach Magnan nicht auf eine lange Prüfungszeit, sondern ist von vornherein vorhanden gewesen, entweder daß er mit einem Male stoßweise aufgetreten ist, oder daß er sich langsam entwickelt hat. „Kein Kranker, der plötzlich Verfolgungs- oder Größenwahn zeigt, oder bei dem jener auf diesen folgt, leidet an Paranoia completa."

Den Querulantenwahn betrachtet Magnan als eine Art der Manie raisonnante; die letztere gehört ebenfalls zu der Gruppe der erblich Entarteten.

Werner, der schon in einem auf der Versammlung deutscher Irrenärzte zu Jena am 30. Juni 1889 gehaltenen Vortrage[60] auf die große Uneinigkeit der Autoren in der Anwendung der Bezeichnungen „Verrücktheit“ und „Wahnsinn“ und die dadurch bedingte Schwierigkeit der wissenschaftlichen Verständigung hingewiesen hat, machte später den Versuch, durch eine monographische Bearbeitung[61] des Gebietes der Paranoia seine eigene Bezeichnungs- und Einteilungsweise der bezüglichen Formen von Geistesstörung einzuführen. Dabei gibt er einen historischen Ueberblick, welcher die wichtigsten Darstellungen der älteren und neueren Literatur umfaßt.

Werner unterscheidet in seiner Einteilung der Paranoia unter anderem zwei chronische Formen derselben: 1. eine chronische einfache, 2. eine chronische halluzinatorische Paranoia. Bei dem Kapitel der chronischen einfachen Paranoia findet eine besondere Besprechung die Paranoia querulantium, die moralische Paranoia und die erotische; ferner bilden den Uebergang von der einfachen zur halluzinatorisch-chronischen Paranoia die hysterische und die von Sander zuerst beschriebene originäre Paranoia.

Bei der einfachen Paranoia fehlen die Sinnestäuschungen.

Bei der chronischen halluzinatorischen Paranoia geht Werner näher auf die sogenannte religiöse, hypochondrische und katatonische Verrücktheit ein, sowie auf den physikalischen Verfolgungswahn. Was die Erblichkeit betrifft, so geht Werners Meinung dahin, daß die Erblich-

---

60. Werner, Ueber die psychiatrische Nomenclatur „Verrücktheit“ und „Wahnsinn“ (Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 46, S. 524).

61. Werner, Die Paranoia, Eine Monographie. Verlag von Ferd. Enke. Stuttgart, 1891.

keit, wie überall, so auch hier ihre Rolle spielt. Er fand in 19 % der in den letzten 4 Jahren in die Anstalt aufgenommenen Paranoiker Belastung, im Gegensatz zu Mendel der nur 8 % beobachtete.

Ziehen[62] folgt in seiner Definition der Paranoia der im Jahre 1876 von Westphal aufgestellten Einteilung (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 34, S. 252). Er faßt unter dem Begriff „Paranoia" alle diejenigen funktionellen Psychosen zusammen, deren Hauptsymptome primäre Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen sind. In ersterem Fall spricht er von einer Paranoia simplex, im letzteren von einer Paranoia hallucinatoria. Beide Psychosen können zeitlich sowohl einen akuten als auch einen chronischen Verlauf nehmen und zerfallen dementsprechend wieder in eine akute und eine chronische Form. Das aufgestellte Schema würde also folgendes Bild ergeben:

A. Paranoia simplex.
   I. Paranoia simplex acuta.
   II. Paranoia simplex chronica.
B. Paranoia hallucinatoria.
   I. Paranoia hallucinatoria acuta.
   II. Paranoia hallucinatoria chronica.

Was nun die Paranoia simplex chronica betrifft, so ist diese durch die zeitliche Dauer ihres Verlaufes, durch die Chronizität derselben gekennzeichnet. Hierin liegt auch das Charakteristikum sowohl in der Art und Weise des Auftretens als auch des Inhaltes der Wahnideen. Meist läßt sich eine gewisse Entwicklungsperiode der Ideen beobachten, die schließlich mit der Bildung eines fertigen Wahnsystems ihren Abschluß findet.

Nicht immer jedoch ist eine allmähliche Entwicklung vorhanden; gar nicht so selten wird der Wahn an eine normale Sinnesempfindung angeknüpft, zuweilen entsteht der-

62. Ziehen, Psychiatrie, 3. Aufl., 1908.

selbe als ein unmotivierter plötzlicher Einfall. In letzter Linie gehen jedoch alle Wahnvorstellungen des Paranoikers auf normale Empfindungen zurück. Das Gebiet, auf dem sich die Wahnideen bewegen, sind die Beziehungen der Außenwelt zu dem Ich des Kranken. Selbstanklagen, die beim Melancholiker auf Grund der primären Angsteffekte auftreten, kommen beim Paranoiker nicht vor, da solche primäre Affekte bei ihm nicht vorhanden sind.

Primäre und sekundäre formale Störungen des Vorstellungsablaufs fehlen gewöhnlich vollständig; ebenso irgendwelche erheblichere Affektstörungen. Ausnahmsweise können jedoch dieselben – formalen Störungen des Vorstellungsablaufs und Affektausbrüche — während halluzinatorischer Anfälle (von diesen wird noch weiter unten die Rede sein) sich einstellen.

Der typische Verlauf der Krankheit findet in folgenden 4 Stadien statt:

1. Das Prodromalstadium, 2. das Stadium der Verfolgungsideen, 3. das Stadium der komplementären Größenideen, 4. das Stadium der Pseudodemenz.

Das erste Stadium ist das der unbestimmten Wahnideen; gewöhnlich kommt dem Kranken die Umgebung verändert vor; er hat den Eindruck, als wenn man ihn schärfer beobachte, etwas im Schilde gegen ihn führe usw. Diese falsche Wahrnehmung veranlaßt ihn zu Grübeleien und bringt es mit sich, daß er nun seine Umgebung schärfer kontrolliert. Jedem harmlosen Wort oder jeder Gebärde spricht er eine gewisse Bedeutung zu; er muß auf jeden Fall Gewißheit haben über das, „was in der Luft liegt“. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit leidet natürlich hierunter und gibt Anlaß zu neuen hypochondrischen Ideen.

Allmählich entwickelt sich nun das zweite Stadium, indem es dem Kranken mehr oder minder plötzlich zum Bewußtsein kommt, daß er Feinde hat, die ihn verfolgen. In überaus kurzer Zeit findet er nun eine Erklärung für manches

vorher Unverstandene, für seine Beobachtungen, und das Gebäude des Verfolgungswahns ist in oft sehr kurzer Zeit vollendet.

Das dritte Stadium bringt ein neues Moment, nämlich den komplementären Größenwahn. Dieser schließt sich in logischer, zwangloser Weise an die Verfolgungsideen an; der Kranke nämlich, der sich verfolgt fühlt, legt sich die Frage vor: „warum verfolgt man dich?“. Da er sich keiner Schuld bewußt ist, kommt er zu der Annahme, daß man ihn beneide, daß man ihm sein Geld, sein Ansehen usw. nicht gönne.

Da das, was der Kranke sein Eigen nennt, in den meisten Fällen eine derart maßlose Verfolgung nicht rechtfertigt, so gelangt er dazu, fälschlicherweise große Rechte, Titel und dergleichen für sich in Anspruch zu nehmen.

Diese Größenideen entstehen ebenso wie der Verfolgungswahn bald allmählich, bald ganz plötzlich. Das Gebaren und Handeln des Patienten nimmt jetzt neue Formen an, im allgemeinen zeigt er jetzt einen aggressiven Charakter. Er schreibt Briefe an hochgestellte Persönlichkeiten, beginnt Prozesse, vergreift sich an den vermeintlichen Verfolgern usw.

Nachdem dieser Zustand jahrelang gedauert hat, klingt die Gefühlsbetonung der Wahnvorstellungen allmählich ab, und hiermit erlischt auch die Energie des Handelns. Der Kranke tritt in das vierte und letzte Stadium, das der Pseudodemenz. Das ganze Gefühlsleben ist auf das höchste eingeengt, es besteht kaum ein Interesse für die nächstliegenden Dinge. Es wird hierdurch ein Intelligenzdefekt vorgetäuscht, in Wirklichkeit jedoch sind keine intellektuellen Störungen vorhanden.

Der hier geschilderte typische Verlauf in 4 Stadien ist jedoch nicht in jedem Falle von chronischer einfacher Paranoia nachzuweisen. Oft bleibt das 4. Stadium ganz aus, außerdem kommt auch das dritte nicht immer zur Entwick-

lung; auch die Reihenfolge der Stadien wechselt nicht selten. Hinsichtlich der Ausbildung der Größen- und Verfolgungsideen bemerkt Ziehen, daß erstere zuweilen schon im Anfang der Krankheit auftreten und das Bild beherrschen können, während die Verfolgungsideen in den Hintergrund treten. Andererseits kommt es in vielen Fällen niemals zur Ausbildung von Größenideen.

Endlich findet man ein Nebeneinandergehen des 2. und 3. Stadiums, d. h. eine untrennbare Verbindung von Größen- und Verfolgungsideen.

Gerade die ersteren wird man bei genauem Nachforschen fast immer, wenn auch in rudimentärer Form, bereits im zweiten Stadium vorfinden.

Hin und wieder erfährt auch der typische Verlauf Unterbrechungen, die entweder durch die oben erwähnten halluzinatorischen Anfälle, oder durch das massenhafte Auftreten von primären Wahnideen bedingt sein können. Es kann sich infolgedessen eine Störung von kurzer Dauer einstellen; das Gesamtbild bleibt aber unverändert.

Neben der typischen Form der Paranoia beschreibt Ziehen noch eine Anzahl Varietäten. Die Unterscheidungen nach dem Inhalt der Wahnideen, z. B. religiöse, erotische, querulante Paranoia usw., bezeichnet Ziehen als „äußerlich und wertlos“. Nicht der Inhalt der Wahnvorstellungen, sondern ihre psychologische Entwicklung ist die Hauptsache.

So ist z. B. der Querulantenwahn in nichts von dem typischen Verlauf der chronischen einfachen Paranoia unterschieden, nur die ersten Verfolgungsideen knüpfen gewöhnlich an ein vermeintlich erlittenes Unrecht, an einen verlorenen Prozeß an.

Aehnlich steht es bei der hypochondrischen Paranoia. Für wichtiger hält Ziehen die Abgrenzung einzelner Formen vom ätiologischen Standpunkt aus. Hier kommt zunächst auf Grund schwerer erblicher Belastung die sogenannte originäre Paranoia in Betracht, deren Krankheitsanfänge zuweilen bis

in die früheste Jugend zurückreichen. Es handelt sich meist um debile impulsive, unlenksame, launige Kinder. Die ersten Wahnideen sind meist Größenideen. Auf Grund einer Zeitungsnachricht, einer Bibelstelle usw. wird dem Kranken plötzlich seine hohe Abkunft klar. Die Aehnlichkeit mit dem Fürsten sagt ihm, daß er dessen Kind sei. Bei derartigen Fällen findet man oft eine ausgeprägte Neigung zu „phantastischen Konfabulationen" („konfabulierende Form").

Die Epilepsie, Hysterie und der chronische Alkoholismus bereiten ebenfalls ab und zu den Boden für eine chronische Paranoia vor. Die epileptische Form ist am seltensten; auch die alkoholistische ist nicht häufig; die hysterische wird öfters beobachtet.

Bei der Frage nach der Aetiologie der Paranoia chronica simplex werden wir zunächst auf die Tatsache stoßen, daß in fast 70 % der Fälle erbliche Belastung nachzuweisen ist.

Von sonstigen auslösenden Momenten kommen chronische Affektstrapazen, Kummer, Sorge und dergleichen, sowie der Kampf ums Dasein wesentlich in Betracht. Ob die Onanie einen großen ätiologischen Faktor darstellt, läßt Ziehen dahingestellt.

Die Paranoia chronica hallucinatoria ist nach Ziehen „eine funktionelle chronische Psychose, deren Hauptsymptome Halluzinationen und sekundär aus diesen hervorgegangene Wahnvorstellungen sind". Primäre formale Assoziationsstörungen kommen beim typischen Verlauf der Krankheit nicht vor, sondern etwa auftretende Affekte und Assoziationsstörungen sind immer sekundär, d. h. durch die Sinnestäuschungen veranlaßt[63]. Bei den Halluzinationen überwiegen die Gehörstäuschungen; zuweilen handelt es sich um Gedankenlautwerden, auch physikalische Halluzina-

63. Meist in katatorischer Form.

tionen sind nicht selten; der Patient fühlt sich elektrisiert, seine Gedanken werden „wegmagnetisiert“ usw. Der Inhalt der Sinnestäuschungen ist meist ein friedlicher, das Auftreten nicht sehr massenhaft. Nur zuweilen häufen sie sich bei interkurrenten Exazerbationen.

Da im allgemeinen die Halluzinationen nicht zahlreich auftreten und sich allmählich entwickeln, so sind sekundäre Störungen der Ideenassoziation selten; nur bei den erwähnten Exazerbationen können sekundäre Ideenflucht, Hemmung oder Inkohärenz auftreten[64]; auch die Affektstörungen sind aus dem angegebenen Grunde gering. Die sekundären Wahnvorstellungen charakterisieren sich meist als Verfolgungsideen, seltener als Größenideen. Infolge abnormer Gefühlsempfindungen (haptischer Halluzinationen) kommt es zuweilen zu hypochondrischen Vorstellungen, die sich meist mit Verfolgungsideen verbinden. Schmerzen im Bein haben die Feinde durch Magnetismus verursacht, sie haben „das Rückenmark ausgenommen“ usw.

Bezüglich des Verlaufes kann man nach Ziehen zwei Stadien unterscheiden: das erste ist das der Halluzinationen ohne Wahnvorstellungen, das zweite das von Halluzinationen begleitete Stadium der Wahnideen. Außerdem könnte man noch ein drittes Stadium annehmen, in dem zwar Halluzinationen und Wahnideen fortbestehen, jedoch in abgeschwächter Form. „Halluzinatorische Neuschöpfungen und Wahnbildungen gelingen nicht mehr“. Ein System von Wahnvorstellungen findet sich selten, da der Inhalt der Halluzinationen und mit diesem die Wahnidee wechselt.

Aetiologisch kommt bei der Psychose vor allem die

---

64. Noch seltener sind primäre Assoziationsstörungen. „Dauernd kommen solche fast niemals vor. Etwas öfter begegnet man ihnen in den erwähnten interkurrenten Exacerbationen oder in einzelnen Phasen des Krankheitsverlaufs . . . .“ (Ziehen.) Genaueres hierüber s. Ziehen, Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia (Arch. f. Psych. Nr. 124, 1892).

Heredität in Betracht; in 60 % ist erbliche Belastung nachzuweisen, sehr oft wird frühere starke Onanie angegeben. Gynäkologische Erkrankungen, chronologische Darmkrankheiten, sowie Katarrhe der Paukenhöhle sind ebenfalls als ursächliche Momente von Bedeutung. Ziehen hebt besonders hervor, daß der chronische Alkoholismus bei der Entstehung der halluzinatorischen Paranoia eine große Rolle spielt.

Von den Varietäten der chronischen halluzinatorischen Paranoia erwähnt Ziehen: Die subakute Form, die Uebergangsform zur chronischen einfachen Paranoia, die hysterische, epileptische und alkoholistische Form, außerdem eine hypochondrische und konfabulierende Varietät. Die erste Art, die subakute Form, steht zwischen der akuten und der chronischen halluzinatorischen Paranoia; sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung als auch ihres Verlaufes.

Der Ausgang ist meist in Heilung, zuweilen in chronische halluzinatorische Paranoia.

Bei der Uebergangsform in chronische, einfache Paranoia treten neben den Halluzinationen besonders zahlreiche primäre Wahnvorstellungen in den Vordergrund. Ihre Prognose ist ungünstig.

Die hysterische chronische halluzinatorische Paranoia zeichnet sich vor allem durch das gehäufte Auftreten von Visionen aus (Tiere, Särge, Leichen, Blumen, zahllose Menschen usw.), außerdem durch Illusionen auf dem Gebiet von Haut- und Organempfindungen (Schläge im Uterus, elektrische Funken im Körper).

Auch die hypochondrische Varietät bietet meist Halluzinationen und Illusionen auf dem Gebiet der Organempfindungen. Bei der „konfabulierenden“ Form kommen neben Halluzinationen und Wahnvorstellungen zahlreiche Erinnerungstäuschungen vor.

Werfen wir nun einen kurzen Rückblick auf die Aetiologie der beiden besprochenen chronischen Formen der Paranoia, so ergibt sich die Tatsache, daß bei beiden, besonders

bei der einfachen Form, schwere erbliche Belastung vorliegt. In Anbetracht dessen glaubt Ziehen mit Recht, die chronische Paranoia als eine „degenerative Psychose“ bezeichnen zu können.

Bleuler faßt am Schlusse seiner Arbeit: „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“[65] seine Ansichten in folgenden Sätzen zusammen: „Die Ableitung der Krankheit aus einem pathologischen Affekt ist bis jetzt nicht gelungen. Speziell das Mißtrauen, das die Grundlage der Paranoia sein soll, ist gar kein Affekt. Es kommt auch nicht bei allen Formen der Paranoia vor.“

„Eine allgemeine und primäre Affektstörung ist bei Paranoia überhaupt noch nicht nachgewiesen. Die Affektstörungen, die wir deutlich sehen, sind sekundäre Folgen der Wahnideen.“

„Ebensowenig gibt es bei Paranoia eine allgemeine Störung der Wahrnehmung oder der Apperzeption, oder eine allgemeine Veränderung der Erinnerungsbilder. Auch die Hypertrophie des Ich ist gar nicht als ein bei Paranoia regelmäßiges Symptom nachgewiesen.“

„Das was man als Hypertrophie des Ich, egozentrischen Charakter, bezeichnet, ist nur eine Folge des Umstandes, daß bei der Paranoia beständig ein Affekt betonter Vorstellungskomplexe im Vordergrund der Psychose steht. Wie bei Normalen, die aus irgendeinem affektiven Grunde oder durch Konstellation gerade auf bestimmte Ideen eingestellt sind, finden deshalb die alltäglichen, wie die weniger gewöhnlichen Ereignisse ihren assoziativen Anschluß vorwiegend an diesen Komplex. Insofern als dadurch vieles, was keine Beziehung zu dem Kranken hat, fälschlich zum Komplex in Beziehung gesetzt wird, entsteht daraus Beziehungswahn. Insofern als alle affektbetonten Komplexe

65. Bleuler, E., „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“. Halle a. S., Verlag v. Carl Marhold, 1906.

eine nähere Beziehung zum Ich haben müssen, erscheint dieses in den Vordergrund gedrängt, „hypertrophisch".

„Die genauere Untersuchung der Genese der Wahnideen zeigt, daß unter dem Einflusse eines chronischen Affektes (des Affektes, der mit dem genannten Komplex zuzusammenhängt) Irrtümer entstehen nach ganz gleichem Mechanismus, wie bei gemütlich erregten Gesunden. Das pathologische liegt dann darin, daß diese Irrtümer unkorrigierbar werden und weiter um sich greifen. Worin diese Eigentümlichkeit begründet ist, wissen wir noch nicht. Sie kann eine anatomische oder chemische Grundlage haben; sie kann aber auch „funktionell" sein, indem die Affektivität in einer gewissen Richtung erhöht ist oder zeitlich zu anhaltend wirkt, oder indem der Affekt durch die Umstände, durch einen „Riß im Leben" beständig unterhalten wird."

„Solange wir den der Paranoia zugrunde liegenden Prozeß nicht kennen, können wir auch nicht wissen, ob der Begriff derselben eine einheitliche Krankheit umfaßt. Größenwahn und Verfolgungswahn können prinzipiell verschiedene Krankheiten sein. Umgekehrt ist es möglich, daß eine Anzahl halluzinatorischer Formen, die Kraepelin nicht zur Paranoia zählt, identisch sind mit den gewöhnlichen Formen von Paranoia".

Nachdem wir in Magnan einen der hervorragendsten französischen Psychiater der neueren Zeit kennen gelernt haben, durch welchen die Paranoia in Frankreich ein eigentümliches Gepräge bekommen hat, führe ich in Folgendem noch kurz die Ansichten einiger anderer französischer Autoren an.

Zu denen, die sich im wesentlichen zu den Anschauungen Magnans bekennen, gehört zunächst Paul Garnier[66]. Auch Falret[67] hält das von ihm beschriebene

66. Garnier, Des idées de grandeur dans le délire des persé-

„Délire chronique des persécutions“ identisch mit dem „Délire chronique“ von Magnan und Garnier. Er ist jedoch der Ansicht, daß der Größenwahn den Verfolgungswahn nicht ersetzen, sondern nur zu letzterem hinzutreten könne.

Einen scharfen Gegner der Magnanschen Ansichten lernen wir in Christian[68] kennen. Er bekämpft die Magnansche Lehre von dem gesetzmäßigen Verlauf des Délire chronique: „Je critique non pas l'étiquette, mais la théorie elle-même“. Vor allem betont er, daß jeder Geisteskrankheit ein hypochondrisches Stadium vorausgehe; während der eine Hypochonder bleibt, wird der andere Paranoiker.

Auch Séglas[69] ist mit den Magnanschen Lehren nicht völlig einverstanden. Er bringt Beweise dafür, daß es unter den an Délire chronique Leidenden auch erblich Entartete gibt. An der Hand von Beobachtungen hebt er ferner hervor, daß das Délire chronique sich oft ebenso schnell wie das Délire héréditaire entwickeln kann, und daß umgekehrt diese Psychose zuweilen eine ebenso lang dauernde Entstehungsphase durchmachen kann wie jene, so daß die Grenzen zwischen beiden Erkrankungsformen oft völlig verwischt erscheinen.

Der Amerikaner Spitzka[70] beschreibt die Paranoia unter dem Namen „Monomanie“. Dieselbe entwickelt sich nur auf dem Boden einer geistigen Schwäche; er führt die Krankheit darum unter den psychischen Schwächezuständen, und zwar unter denen infolge erblicher Belastung, auf.

Die Italiener haben sich teils der deutschen, teils der französischen Schule angeschlossen.

---

cutions. Thèse de Paris. 1877. Dann: Garnier, Annales médic.-psycholog. 1888, I., S. 121.

67. Falret, Annal. médic.-psycholog. 1888, I., S. 261.

68. Christian, Annales médic.-psycholog. II., S. 293.

69. Annales méd.-psycholog. 1888. X., S. 321.

70. Spitzka, Un cas de monomanie originaire (Medical Times and Gazette. Zitiert bei Séglas l. c.

Amadei und Tonnini[71] teilen die Paranoia nach ätiologischen Gesichtspunkten ein; sie unterscheiden folgende zwei große Gruppen, deren jede noch verschiedene Unterarten zeigt:

A. Paranoia degenerativa.

B. Paranoia psychoneurotica.

Nach Tanzi und Riva[72] ist die Paranoia „una psicosi funzionale su fondo degenerativo, caratterizzata da una particolare deviazione delle più elevate funzioni intellettuali, non implicante nè un gravissimo scadimento, nè un disordine generale; che si accompagna quasi sempre con allucinazioni e con idee deliranti permanenti più o meno coordinate in sistema, ma indipendenti da qualunque causa occasionale constatabile e da qualsiasi morbosa condizione emotiva; che decorre in modo non sempre uniforme, né continuo, ma però essenzialmente cronico; e che in generale non tende per sè stessa alla demenza.“

* * *

Schon dieser geschichtliche Ueberblick über eine fast überreiche Literatur zeigt, wie beträchtliche Schwankungen die klinische Stellung und die Auffassung des Paranoia-Begriffes im Laufe der Jahre erfahren hat. Sein Kern freilich hat sich unverändert erhalten, und was auch bei größter Einschränkung der Paranoia noch zugerechnet geblieben ist, hat immer als ihr reinster Typus gegolten. Nun ist es eine jedem Arzt bekannte Tatsache, daß die meisten Krankheiten in ihrem Auftreten selten den „reinsten Typus“ darstellen. Auch die Paranoia macht hiervon keine Ausnahme,

---

71. Amadei und Tonini, La paranoia et le sue forme. l'Arch. ital. per le malattie nervose. 1883—84.

72. Tanzi und Riva, La paranoia contributo alla tevria de le degeneration psichiche. Rivist. speriment. di freniat, X., 1884, S. 291.

und es entsteht nun die Frage, wie weit und auf welche Fälle der Paranoia-Begriff auszudehnen ist. Aber gerade hierin liegt, wie schon an einer früheren Stelle dieser Arbeit erwähnt, der Kernpunkt des Streites, der schon seit geraumer Zeit bis auf die Gegenwart zwischen einer Reihe von Psychiatern herrscht.

Da ist zunächst die französische Schule, welche auf der Anschauung Morels fußend, eine große Zahl von zur Paranoia gehörigen Bildern der „Folie héréditaire" eingereiht hat und als Paranoia nur das „Délire chronique", jene Psychose mit vier verschiedenen, scharf begrenzten Stadien, gelten läßt. (Magnan und seine Schule; s. hist. Teil.)

Einen gewissen Parallelismus hierzu finden wir in der Auffassung Kräpelins, der unter den deutschen Psychiatern eine besondere Stellung in der Paranoiafrage einnimmt. Es sei kurz daran erinnert, daß Kräpelin die Benennung „chronische Paranonia" nur auf die Fälle angewandt wissen will, bei denen ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Ordnung des Gedankengangs sich bildet.

Andere deutsche Schulen, deren Hauptvertreter Westphal, Ziehen, Krafft-Ebing und andere hervorragende deutsche Psychiater sind, haben dagegen, wie wir wissen, den Begriff der Paranoia dahin erweitert, daß sie als zu ihm gehörig alle jene funktionellen Psychosen ansehen, deren Hauptsymptome primäre Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind.

Ein genaueres kritisches Eingehen auf die drei genannten Richtungen würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen; ich möchte nur in Kürze auf die hauptsächlich ins Auge fallenden Punkte, welche zu einer Kritik herausfordern, hinweisen.

Das von der Magnanschen Schule als conditio sine qua non aufgestellte Vorkommen von 4 gesetzmäßig aufeinanderfolgenden bestimmten Stadien ist ein sehr seltenes. Was nun die „von vornherein" zur „Folie héréditaire" gerech-

neten Fälle mit Wahnvorstellungen als Hauptsymptom angeht, so lassen sie sehr oft die erbliche Belastung sowie den in der Jugend angeblich vorhandenen Defekt auf moralischem und intellektuellem Gebiet vermissen.

Auf die Kräpelinsche „Verrücktheit“ trifft dasselbe zu, was vom „Délire chronique“ bereits gesagt ist. Der verlangten Fassung entsprechen nur wenige Fälle.

Das Gros aller Fälle, die die deutsche Schule als Paranoia bezeichnet, will er nun ohne weiteres der Dementia paranoides zurechnen. Hiergegen läßt sich einwenden, daß die Bezeichnung „Dementia“, wie allgemein anerkannt, nur für solche Fälle zutreffend ist, bei denen ein Intelligenzdefekt vorhanden ist; diese Voraussetzung trifft aber nach dem Gesagten bei der Kräpelinschen Dementia paranoides nicht zu.

Ohne Zweifel ist die Aufstellung einer besonderen Krankheitsform unter diesem Namen gerechfertigt, denn es gibt eine Gruppe von Krankheitsbildern, die einerseits durch das Vorherrschen von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen der Paranoia ähneln, andererseits infolge des Vorhandenseins eines Verfalles der Intelligenz, meist in Form eines Kombinationsdefektes, als Demenzzustände anzusprechen sind.

Die Dementia paranoides ist, wie Ziehen sagt, dadurch ausgezeichnet, „daß der Intelligenzdefekt sich unter zahlreichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen versteckt, doch verraten die Wahnvorstellungen gerade durch ihre Absurdität den zugrundeliegenden Verfall der Intelligenz, und zwar oft bereits zu einer Zeit, wo der Nachweis des Defektes mit Hilfe der üblichen Intelligenzprüfungen noch sehr schwierig ist“.

Außer dieser Störung auf dem Gebiete der Vorstellungen finden sich in den meisten Fällen noch solche des Affektes und der Handlungen. Das nachstehende Schema

ergibt bezüglich der Unterschiedsmerkmale zwischen Paranoia und Dementia paranoides Genaueres:

A. Paranoia.	B. Dementia paranoides.
Empfindungen: Primäre und sekundäre Sinnestäuschungen.	Sinnestäuschungen von bizarrem Charakter.
Affekt: Affektstörungen (primäre) fehlen oder kommen selten vorübergehend vor; sekundäre Affektstörungen häufig, letztere sind als adäquate Gefühlsbetonungen anzusehen.	Primäre und sekundäre Affektstörungen. „Gemütliche Stumpfheit" neben impulsiven Affektstößen.
Vorstellungen: Kein Intelligenzdefekt, vorausgesetzt daß keine Debilität vorhanden. Die Wahnvorstellungen bilden ein logisch geordnetes System.	Absurdität der Wahnvorstellungen, welche den zugrunde liegenden Verfall der Intelligenz verrät (Ziehen). Kombinationsdefekt; „es findet wohl eine Wandlung, aber kein eigentlicher Ausbau des Wahnes statt, der sich nicht zu einer geschlossenen Weltanschauung entwickelt, sondern in Form abenteuerlicher nur locker zusammenhängender Einfälle fortbesteht" (Kraepelin).
Handlungen: Stereotypien höchstens vorgetäuscht durch anhaltende Angstbewegungen oder monotone Halluzinationen.	Stereotypien, Perseveration, Grimassieren.

Diese Abgrenzung beider Krankheitsbilder auf Grund der angeführten Unterschiedsmerkmale trägt den praktischen Bedürfnissen infolge ihrer Klarheit völlig Rechnung. Daher habe ich auch bei der kritischen Besprechung und Diagnosestellung der in Folgendem angeführten Fälle, die im Schema zum Ausdruck gebrachten differentialdiagnostischen Gesichtspunkte zugrunde gelegt.

Krankengeschichten.

Fall 1.

Paranoia chronica simplex mit einzelnen Halluzinationen.

(Religiöse Form.)

Die 37jährige Zuschneiderin G. wurde am 10. XII. 09 von Bekannten in die Charité (psych. Abteilung) gebracht. Sie ist völlig orientiert und gibt gute Auskunft. Eine hereditäre Belastung liegt nicht vor; die körperliche Untersuchung ergibt außer einer großen Blässe der sichtbaren Schleimhäute und einer ziemlichen Abmagerung keine Abnormitäten. Die Intelligenzprüfung zeigt keinerlei Defekt.

Auf Befragen gibt sie an, aus Holland zu stammen. Ihre Eltern sind fromme Juden, auch sie selbst ist bisher eine glaubenstreue Israelitin gewesen.

Seit 2 Jahren ist sie in Berlin und ernährt sich durch Schneidern. Der Niedergang ihres früheren Pensionates und pekuniäre Verluste haben sie sehr deprimiert; auch hat sie durch ihr Schneidern nur wenig verdient, sodaß sie in ständiger Sorge um ihr täglich Brot schwebte. Wiederholt trug sie sich darum mit Selbstmordgedanken. Dazu kam eine große Schwäche, an der sie schon längere Zeit litt und die sie auf ihre starke Menstruation (10—12 Tage) zurückführt. — Ihre Stiefmutter — die Mutter ist seit 10 Jahren tot — hat sich wenig um sie bekümmert. Ihr schwerer Kampf ums Dasein hat sie öfters zu innerer Einkehr veranlaßt; sie grübelte noch, ob sie sich vielleicht eine Sünde habe zu Schulden kommen lassen, wofür sie nun büßen müsse, konnte aber nichts entdecken. — Durch eine Bekannte wurde sie nun einmal in einen evangelischen Verein eingeführt. Dort will sie den Pastor haben predigen hören: „Gott will den Menschen klein machen, wen Gott lieb hat, den züchtigt er; Gott will keinen Hochmut usw.“

Diese Worte machten einen tiefen Eindruck auf die Pat., sie ging nach Hause, bat Gott um Verzeihung, da sie ihn vor allen verleugnet habe; fast 7 Wochen war sie in dieser sehr gedrückten Stimmung, wobei sie angeblich oft tagelang weinte. Dann betete sie zu Gott: „Herr Gott, sage mir die Wahrheit, denn Du weißt,

daß ich keine große Sünderin bin, ob Herr Jesus der Messias war?“ Drei Tage darauf (Ende Juli) bekam sie eine Einladung von einem holländischen Pastor aus Berlin zu einem Dankgebet für ihre Königin. Da fragte sie den Pastor, ob sich die Juden betreffs Jesus Christus geirrt hätten; sie könne sich das nicht denken. — In der Nacht vom 7. zum 8. August „läßt sie Gott träumen“. Sie erzählt hierüber folgendes: „Ich träumte, daß ich in die Bahn einstieg, um mein früheres Dienstmädchen zu besuchen. Ich hatte 2 Mark bei mir, und die gab ich dem Schaffner. Unterwegs erinnerte ich mich plötzlich, daß ich die Adresse des Mädchens vergessen hatte. Nun sagte ich meiner Schwester, die nebenan saß: „Ach, Fronika, ich habe nicht in das Adreßbuch geschaut und habe all mein Geld ausgegeben, wir müssen aussteigen.“ Meine Schwester tröstete mich und sagte, es wäre nicht so schlimm, daß wir kein Geld hätten; zu Hause sei noch Fleisch. In diesem Moment wurde ich wach. Es war Mitternacht. Ich verstand den Traum nicht ganz. Nun sagte ich: „Lieber Gott, Du zeigst mir, daß ich auf falschem Wege bin, laß mich nochmals träumen, wenn ich falsch denke.“ Dann schlief ich ein und bekam einen zweiten Traum. Ich ging aus, um etwas einzuholen. Als ich an die Ecke kam, erinnerte ich mich, daß ich etwas vergessen hatte und ging zurück nach Hause. Vor der Tür meines Hauses erblickte ich einen Apfelbaum, unter dem lagen auf der Erde viele Aepfel. Ich hatte eine Schürze und eine Ledertasche und sah so schön aus. Ich wollte die Aepfel aufheben, dabei sah ich mich um; bald aber sagte ich mir: „Du darfst Dich nicht umsehen, denn erstens bist Du nicht Eva, zweitens — steht der Baum auf freiem Wege, wenn du die Aepfel nicht aufhebst, so tut's ein anderer.“ Dann nahm ich die Aepfel und erwachte. Nun verstand ich, was Gott wollte. Der erste Traum bedeutete, daß ich Gott vergessen hatte und auf falschem Wege war; wenn ich zurückkehre, würde ich den richtigen Glauben finden. Der zweite Traum sollte mir sagen, daß ich mich nicht nach den Juden umsehen und diese zu scheuen brauchte und offen Christus bekennen sollte.“

Auf die Frage, warum sie dem letzten Traum diese Deutung gebe, erklärt sie: „die Aepfel waren eben die Früchte des Glaubens; Gott wollte mir sagen, daß ich keine Sünde begehe, wenn ich dieselben nähme“.

Die Pat. erzählt dann weiter:

„Am 8. Aug. fuhr (Pat. wohnte in Steglitz bei Berlin) ich nach Berlin zum Pastor, um ihm von den Träumen zu erzählen. Der Pastor sagte, ich hätte die Träume gut verstanden. Ich glaubte

aber noch nicht an Jesus. Ich schlief schlecht (seit jener Nacht am 8. Aug., wo ich die Träume gehabt habe), las viel im Alten und Neuen Testament. In der Nacht vom 9. zum 10. Aug. las ich in der Bibel über die Auferstehung. Da sagte ich zu mir: „Die ihn (Christus) verurteilt haben, sind schlechte Menschen, keine hohen Priester, das waren nur verkleidete Satans in Priestertracht". Ich betete dann zu Jesus, er solle mir auch vergeben, da ich zu denselben schlechten Menschen gehöre. Da wurde mir schlecht, ich hatte Angst und überall Schmerzen, dachte, ich hätte gesündigt.

Mir war die ganze Nacht schlecht; tags darauf um 12 Uhr mittags wurde mir wieder gut. Ich fühlte mich mit einmal mit Gott versöhnt und von ihm begnadet. Von nun an war ich glücklich.

In der Nacht vom 11. zum 12. Aug. geschah ein großes Wunder: ich sah in der Ecke des Zimmers ein großes Licht mit langen Strahlen, das Licht stand auf einem weißen Leuchter. Zur gleichen Zeit sprach eine Stimme: „Durch sein Blut, durch sein Blut, verlasse Dich auf die Menschen, zu denen ich Dich geschickt habe." Daraus verstand ich, daß das die Stimme Gottes war, und daß er mir dadurch zu verstehen geben wollte, daß ich durch das Blut Jesus gerettet — (Jesus Blut hat mich erlöst) — würde und daß ich mich auf den Pastor verlassen sollte. Von da an glaubte ich an Jesus und verstand, daß Jesus unser Messias ist."

Woraus schließen sie das?

„Durch die Erscheinung und Stimme: „Durch sein Blut, durch sein Blut"; das habe ich in Jesai (Kap. 6, 9—13) gelesen:

„Gott hat die Menschheit mit Blindheit geschlagen, weil wir Jesus verstoßen haben". Jetzt ist die Zeit gekommen, wo die Blindheit vorüber ist; die Juden müssen dieses Kapitel lesen, um sich zu überzeugen, daß Jesus unser Messias ist.

Haben Sie die Erscheinung mit offenen oder geschlossenen Augen gesehen? — „Mit offenen".

Glauben Sie, daß Gott wirklich zu Ihnen gesprochen hat?

„Sicher, er hat mir Beweise gegeben".

Welche?

„Ich habe ihm gesagt: „Mache mir das und das als Beweis, daß Du zu mir gesprochen hast, und daß die Träume von Dir waren." So sollte Gott mir jemanden schicken, um meine Muster abzukaufen; dann sollte er mir bald eine Karte von einem Herrn zukommen lassen, die ich viel später zu bekommen hatte. Und das ist wirklich geschehen."

Glauben Sie wirklich, daß das Gott gemacht hat, das kann doch ein Zufall gewesen sein?

„Kein Zufall."

Die Pat. hat dann nach der Bekehrung, wie sie weiter angibt, noch viele Wunder erfahren; so z. B. ging sie einst im Regenwetter aus. Sie bat Jesus: „Wenn Du willst, daß ich zum Pastor gehe, so lasse es trocken werden." In der Tat hätte der Regen aufgehört, und sie sei dann, „dem Wunsche Jesus folgend", zu dem Pastor gegangen.

Jetzt glaubt sie auch, sie sei berufen, die Juden zu bekehren.

Epikrise.

Der vorliegende Fall bietet, vom psycho-pathologischen Gesichtspunkt aus betrachtet, ein interessantes Krankheitsbild dar.

Eine im Kampfe ums Dasein schwer ringende Person mit guten Grundsätzen und religiösem Gemüt beginnt, ihr Leben auf etwaige Sünden zu untersuchen, um festzustellen, ob sie ihr Elend vielleicht als eine Strafe für frühere Vergehen zu betrachten habe. Man denkt dabei unwillkürlich an eine Melancholie, jedoch nur kurze Zeit, denn bald ändert sich das Bild. Patientin findet keinen Grund für eine Selbstanklage, wenn sie auch vorübergehend infolge der Predigt des Pastors zu tiefer Zerknirschung und Traurigkeit veranlaßt wird. In ihrem Gebete betont sie jedoch ausdrücklich: „Du weißt, Herr Gott, daß ich keine Sünderin bin."

Das, was uns zunächst an ihrem Wesen als ungewöhnlich auffällt, ist die Frage, die sie betreffs Christus an den holländischen Pastor richtet. Der in dieser Frage geäußerte Zweifel läßt sie nicht mehr los, sie bringt sogar Träume mit den sie bewegenden Gedanken und Gefühlen in Beziehung. Gott hat ihr im Traum seinen Willen offenbart, nämlich, daß sie auf falschem Wege sei und sich darum zum Glauben an Christus bekehren solle. Trotzdem der Pastor, welchem sie die Träume erzählt, deren Auslegung als richtig befindet, ist sie dennoch für die neue Idee noch nicht völlig eingenommen; sie kämpft noch längere Zeit mit sich. Aber dieser

Kampf wird bald durch die am 11. August 1908 stattgehabten Halluzinationen entschieden, und zwar in dem Sinne, daß Patientin sich nun völlig dem Glauben an Christus zuwendet. Hierbei macht sie jedoch nicht halt: sie fühlt sich obendrein berufen, unter den Juden den Glauben an Christus als Messias zu verbreiten, sie betrachtet sich als Reformatorin des Judentums. Diese letzte Idee, welche die Krönung des allmählich entwickelten Wahnsystems darstellt, zeigt bereits den Charakter des Größenwahns.

Die ganze Folge des voraufgegangenen Gedankenaufbaues läßt ihren pathologischen Charakter darin erkennen, daß die Patientin alle, selbst die harmlosesten Dinge der Außenwelt in Beziehung zu derselben setzt. Allem, was um sie her vorgeht, gibt sie eine religiöse Färbung. Eine zu früh angekommene Postkarte ist für sie ein von Gott gegebenes Zeichen; auch der Verkauf ihrer Muster wird von ihr als ein Fingerzeig Gottes angesehen. Aber außer Beziehungen zwischen Geschehnissen der Außenwelt und ihrem fixierten Gedankensystem findet sie, wie schon oben erwähnt, auch solche zwischen letzterem und ihren Träumen. Patientin legt diesen eine derartige Ueberwertigkeit bei, daß sie in ihnen eine göttliche Offenbarung erblickt. Nachdem dieser Gedanke erst einmal Wurzel bei ihr gefaßt hatte, bedurfte es keiner besonderen Umstände mehr, um alles, was Patientin betraf, als direkte Ausflüsse des göttlichen Willens zu betrachten.

Wir haben es also mit einem sich allmählich, schleichend entwickelnden, in sich logisch geordneten Wahnsystem zu tun. Abgesehen von den einmal vorgekommenen Halluzinationen bieten die Wahnideen das einzige und alleinstehende Symptom in diesem Krankheitsfalle. Die Patientin zeigt nämlich keine Störungen auf dem Gebiete des formalen Denkens und des Gemütslebens; in ihrem Betragen zeigt sich nichts Pathologisches, sie ist richtig über Ort und Zeit orientiert, eine Personenverkennung macht sich bei ihr nicht geltend.

Es liegt somit ein ziemlich scharf ausgeprägtes Bild einer Paranoia chronica simplex, und zwar in Anbetracht des Inhaltes eine religiöse Varietät derselben vor. Der Charakter des Inhaltes ist hier kaum als gelegentlich zu erklären: die Patientin zeigte schon in ihrem normalen Zustande eine religiöse Gesinnung. Aus diesem Grunde werden wir wohl nicht fehlgehen, wenn wir den ganzen Zustand als eine „Hypertrophie des Charakters" betrachten.

Die Frage, wie sich die Vertreter der französischen und Kraepelinschen Schule zur Beurteilung dieses Falles stellen würden, ist wohl unschwer zu beantworten. Dem Magnanschen „Délire chronique" entspricht natürlich der vorliegende Fall nicht; ohne Zweifel wird ihn die Magnansche Schule zur „Folie héréditaire" rechnen. Von einer derartigen Auffassung kann aber nicht die Rede sein: erstens ist bei der Patientin keine erbliche Belastung nachweisbar; zweitens — und das ist wichtig — war die Patientin vorher vollständig geistig gesund; sie zeigte keine Andeutungen eines moralischen oder intellektuellen Defektes.

Die Kraepelinsche Diagnose würde seiner Auffassung entsprechend höchstwahrscheinlich Dementia paranoides lauten. Auch einer derartigen Auffassung des Krankheitsbildes können wir nicht beistimmen, da eine Störung der Intelligenz nicht vorliegt.

Die Aetiologie ist hier in dem schweren Kampf ums Dasein, in den chronischen Affektstrapazen und zum Teil in der körperlichen Schwäche zu suchen.

Fall 2.

Originäre Paranoia.

(Paranoia chronica simplex.)

Das 16jährige Dienstmädchen Margareta F. wird am 9. 12. 09 in die Charité gebracht. Die Erhebung der Anamnese ergibt, daß die Mutter der Pat. vor 9 Jahren einen Schlaganfall erlitten hat, der eine vorübergehende Lähmung der linken Körperhälfte zur Folge hatte. Gegenwärtig befindet sie sich anscheinend wegen eines Verwirrungszustandes in der „Maison de santé". Dort ist sie wegen ähnlicher, meist mehrere Wochen dauernder Zustände wiederholt gewesen. Ein Onkel mütterlicherseits ist geisteskrank. Der Vater ist ein Potator. Patientin selbst hat früher an Scharlach, Diphtherie und wiederholt an Bandwurm gelitten.

Das Gehen und Sprechen hat sie rechtzeitig gelernt. Schulbesuch: Volksschule bis 4. Klasse. Rechnen mittelmäßig; die Fortschritte in den übrigen Fächern waren ebenfalls nicht bedeutend.

Ueberanstrengung, Trauma, gemütliche Erregung, sexuelle Exzesse haben nicht stattgefunden.

Anfälle: 0, Konstitution: kräftig. Menses: seit 1 Jahr regelmäßig.

Körperliche Stigmata: Druckpunkte: in der rechten Mammillar- und linken Ovarialgegend.

Beginn der jetzigen Krankheit.

(Nach Schilderung der Schwester der Pat.)

Am 2. 12. 1909 Extraktion von 2 Zähnen, worüber die Pat. sich jedoch nicht aufgeregt hat; in letzter Zeit sonst nicht krank gewesen. Am 8. 12. 09 benahm sie sich noch ganz normal, hat wie sonst gegessen und getrunken, nachts $^1/_2$12 Uhr sprang sie aus dem Bett, rief ihre Dienstherrin und sagte, sie wolle ihre Mutter nochmal sehen, sie müsse sterben, weil sie ein Kreuz mit Christus gesehen hatte. Sie glaubte, das große Los gewonnen zu haben. Schließlich ging sie wieder zu Bett und schlief ein. Am 9. 12. 09 früh erwachte sie; als ihr das Erlebnis erzählt wurde, erklärte sie, nichts davon zu wissen und lachte darüber; sie war dann 2 Stunden

auf, arbeitete, aber viel hat sie nicht getan; sie legte sich dann wieder ins Bett und schlief; erzählte nachher wieder, sie sei sehr reich, sie müßte sterben.

Ueber Ort und Zeit ist die Pat. völlig orientiert; sie weiß jedoch nicht, warum sie in die Charité gekommen ist. Sie gibt über ihre Angehörigen und ihre eigene Person in sachgemäßer Weise jede gewünschte Auskunft.

Was ist mit Ihnen in der Nacht vom 8. zum 9. vorgegangen?

„Ich bin aufgestanden und habe die Hausfrau gerufen, weil ich sterben mußte."

Warum dachten Sie sterben zu müssen?

„Ich habe geträumt, Jesus habe mich geküßt". „Als ich aufwachte, war mir, als wenn es in der Küche lang ging."

Gesehn?

„Nein, ich hatte nur das Gefühl, und dann war mir so, als ob der Kopf hochgehoben würde; dachte, Jesus hätte es gemacht."

Glauben Sie daran?

„Jetzt nicht mehr."

Warum haben Sie es geglaubt?

„Ich habe die Sonne gesehen, dann hatte ich jedesmal Zeichen gesehen; die sagten mir, ich solle in der Lotterie spielen. Immer wenn ich die Zeichen am Himmel sah, dachte ich daran. Ferner habe ich aus den Zeichen herausgelesen, ich solle in ein anderes Land gehen, um mein Glück zu suchen."

Sind Sie unglücklich?

„Ja."

Warum?

„Weil ich mich nie mit meinem Vater vertragen konnte (bricht in Weinen aus), er hat mich wahnsinnig gemacht."

Warum wahnsinnig gemacht?

„Ich konnte mich nicht mit ihm verstehen, wollte immer fort von ihm." (Sie sei schon dreimal fortgegangen und immer wiedergekommen).

Warum wiedergekommen?

„Wegen der Mutter."

Pat. hat sich immer „Gedanken gemacht", „Räubergeschichten in den Kopf gesetzt".

„Ich habe gleich nach der Einsegnung einen Roman gelesen, seitdem ist mir nicht ganz richtig".

Warum?

„Weil ich meinen Vater nicht verstehen konnte. Ich war oft krank, dann hat er gesagt: „Wenn ich krepiere ist es egal.“

Was hat das mit Räubergeschichten zu tun?

Keine Antwort.

Seit 8 Tagen weiß sie, daß sie ihr Glück suchen soll; sie ging zu einer Frau, die früher in Amerika war; diese riet ihr, auch nach Amerika zu gehen, dort würde sie ihr Glück machen.

Verfolgt?

„Nein.“

Stimmen?

„Keine.“

Abnorme Gefühle?

„Gestern ging es mir durch den Kopf und den ganzen Körper, als ob ich elektrisiert würde, es war mir dann aber so, als ob Herr Jesus da wäre, dann war mir so, als ob jemand hinter mir wäre.“

Wer?

„Herr Jesus, hatte ich geglaubt.“

Glauben Sie es noch jetzt?

„Nein, es ist nicht wahr, ich glaube an keinen mehr.“

Halten Sie sich für etwas Besonderes?

„Nein“, sagt dann: „Mir ist immer so, als ob ich ein Fürstenkind wäre, weil ich in ein anderes Land muß.“

Müssen Sie wirklich in ein anderes Land?

„Ich glaube es.“

Warum?

„Ich sah am Himmel die funkelnden Diamanten.“

Was sollten diese bedeuten?

„Ich weiß nicht, aber ich glaube, daß sie für mich Reichtum bedeuten.“

Warum halten Sie sich für ein Fürstenkind?

„Weil ich den Traum hatte, mir ist es so, als wenn ich es glauben muß.“

Was für Beweise haben Sie?

„Ich habe schon längst geglaubt, daß ich nicht den Vater habe, den ich jetzt habe, ich denke, ich bin kein deutsches Mädchen.“

Wie kommen Sie darauf?

„Der Glaube sagt es mir.“

Haben Sie Beweise?

„Beweise habe ich nicht. Ich habe von meinem Vater geträumt, er müßte in ein anderes Land fliehen, weil er hier bestraft

ist. Ich habe weiterhin geträumt, daß ich in einem anderen Land glücklich gelebt habe. In einem Land, wo Gold fließt."

Ein Traum ist doch kein Beweis?

„Wenn man so viel von etwas Bestimmtem träumt, muß es doch etwas bedeuten. Mein Vater ist nicht mein richtiger Vater, ich muß ein anderes Kind sein."

Warum gerade ein Fürstenkind?

„Weil ich geträumt habe, ich bin beim Kaiser gewesen und habe eine Galaweste hingetragen. Ich habe dort eine Prinzessin gesehen, die hat wie meine Schwester ausgesehen."

Pat. sagt weiter, daß ein Fürst sie in ein Land führen will, wo Gold fließt. Auf die Frage, wie der Fürst heißt, antwortet sie: „Ich weiß nicht, ich glaube, es wird mir noch gesagt".

Halten Sie Ihre Gedanken nicht für krankhaft?

„Nein."

Seit wann haben Sie den Gedanken, ein Fürstenkind zu sein?"

„Seit $1^1/_2$ Jahren. Schon von klein auf wußte ich, daß ich nicht gewöhnlich bin; das Gewöhnlichsein kann ich nicht vertragen; es war mir, als ob einer es mir im Traum gesagt hätte."

Unter anderem sagt die Pat.: „Ich hasse den Kaiser. Es hat mir jemand gesagt, es würde ein Krieg kommen."

Warum hassen Sie den Kaiser?

„Ich kann mir nicht denken, daß er was Besseres ist."

Alle wären ihr nicht gut, weder ihre Mutter noch ihre Geschwister. Sie liebe sie; jene hätten ihr nichts gegeben, aber durch sie (Pat.) werden alle glücklich werden. Sie würde noch viel durchmachen, viel krank sein, nervenkrank, das hätte ihr ein Zeichen am Himmel gesagt: „Ein Stern, der leuchtete, die anderen nicht." Wenn sie an den Himmel sehe, erblicke sie Zeichen und Wunder, die ihr helfen sollen. Ein Mensch könne ihr nicht helfen, nur Christus. Vorher hätte sie von Christus geträumt. Christus hätte sie geküßt.

Kuß im Traum?

„Ja, aber ich habe es gefühlt, daß mich jemand geküßt hat. Das war Jesus Christus. Da wurde mir klar, daß ich was Besonderes bin."

Weil ihr Haar so kurz sei, glaubt sie, ihr Haar sei vergiftet.

„Vielleicht damit man mich nicht erkennen soll."

Epikrise.

Bei der Betrachtung des vorliegenden Falles ergeben

sich folgende besonders hervorzuhebenden Merkmale. Der Ausbruch der Krankheit geschah im 16. Lebensjahr, und zwar anscheinend plötzlich, ohne daß sich vorher besondere Spuren einer geistigen Erkrankung nachweisen ließen. Bei Erhebung der Anamnese stellt sich jedoch heraus, daß der Gedankengang der Patientin schon seit der frühesten Jugend sich in abenteuerlichen Bahnen bewegte. „Schon von klein auf wußte ich, daß ich nicht gewöhnlich bin" usw.

Besonderes Gewicht ist auch auf den Umstand zu legen, daß ihre Wahnideen sich aus Träumen herleiten. Sie fabuliert aus diesen alles mögliche zusammen. Das Funkeln, das sie gesehen, bedeutet Reichtum; der im Traum erhaltene Kuß beweist ihr, daß sie etwas Besonderes, nämlich ein Fürstenkind sei. Sie sei nicht das Kind ihres Vaters, usw.

Bei ihren Wahnvorstellungen herrschen ausschließlich Größenideen vor. Ein Intelligenzdefekt ist nicht nachzuweisen. Die Betrachtung des Gesamtbildes weist uns ohne weiteres auf die Sandersche Form der originären Verrücktheit hin. Wegen des phantastischen, fabulierenden Inhaltes der Ideen glaube ich, dieses Bild der „konfabulierenden" Form der „originären" Paranoia zurechnen zu müssen.

Es ist indessen nicht zu leugnen, daß der abenteuerliche Inhalt der Wahnvorstellungen leicht das Bild einer Dementia paranoides vortäuschen kann, jedoch müssen wir davon Abstand nehmen, vorliegenden Fall dieser Psychose einzureihen, da vor allem ihr charakteristisches Symptom — der Kombinationsdefekt und die affektive Abstumpfung — fehlt.

Als ätiologischer Gesichtspunkt kommt die doppelt schwere erbliche Belastung in Betracht. Der Vater ist Potator, die Mutter ist psychisch abnorm veranlagt, ein Onkel ist geisteskrank.

Ob die Hysterie, die in diesem Falle vorliegt, als wesentliches Moment in Frage kommt, lasse ich dahingestellt.

Fall 3.

Paranoia chronica simplex.

(„Eifersuchtswahn.“)

B., aufgenommen 26. XII. 09.

Referentin: Charlotte B., Ehefrau.

Heredität: Referentin weiß über die Angehörigen ihres Mannes nichts anzugeben, jedoch behauptet Pat., daß in seiner Familie nie Geisteskrankheit vorgekommen sei; die Eltern sind gesund und leben mäßig.

Ueberanstrengung: Pat. hat viel reden und viel Treppen steigen müssen als Führer in Museen, Schlössern usw. Er war immer sehr fleißig.

Potus: Angeblich täglich ein Glas Bier und 1 Bittern (d. h. Liqueur). Ab und zu mußte er mit den Freunden mehr trinken; das schmeckte ihm jedoch nie; er war nie betrunken.

Andere Gifte: angeblich keine.

Sexuelle Exzesse: angeblich nicht.

Trauma: —

Anfälle: —

Frühere geistige Erkr.: —

Geschlechtskrankheiten: —

Beginn der jetzigen Erkrankung:
(Schilderung der Ehefrau.)

Die Referentin, Eheffrau, geb. Charlotte L., ist ein uneheliches Kind der jetzigen Frau Bertha Sch. Sie wurde als kleines Kind in die Familie M. in Hannover zur Erziehung bis zum 6. Jahr gegeben; kam dann nach Berlin zu ihrer jetzigen verheirateten Mutter und blieb dort bis zum 16. Jahr, worauf Ref. wegging, da ihr Stiefvater ihr nachstellte.

Sie arbeitete dann in verschiedenen Geschäften. Im Mai 1908 im Alter von 30 Jahren lernte sie ihren Mann kennen.

Zufälligerweise traf sie den Sohn der Familie M., als

sie 20 Jahre alt war, in der Leipzigerstr. mit seiner Schwester. Er war damals 30 Jahre alt und war hier in einem Geschäft. Er sprach seine ehemalige Schulgefährtin an und erfuhr, daß es ihr nicht gut ging; er bot ihr seine Hilfe an, da er sich vergewissert hatte, daß Ref. ordentlich war und bei Auer gegen einen Wochenlohn von etwa 8 Mark arbeitete. Seit dieser Zeit hat er der Referentin ab und zu Freundlichkeiten erwiesen; auch von seinen Geschwistern hat Ref. Entgegenkommen erfahren. Diese Verhältnisse gab Ref. vor ihrer Verlobung ihrem zukünftigen Manne an; dieser wollte aber von all' dem gar nichts wissen. Ref. weiß aber, daß er bei ihrer Wirtin war, um sich nach ihr zu erkundigen. Wenn Ref. von dem M. Gutes erzählte, so wurde der zukünftige Mann mißtrauisch und wollte nichts weiter hören. Das Mißtrauen war gänzlich unbegründet. — Vor der Verheiratung sollte Ref. ein vollkommenes Bett und eine Waschtoilette kaufen; Pat. hat es selbst nach Katalog ausgesucht, auch der Preis stand dabei. Dieses ließ nun Ref. durch M. besorgen, da sie es durch ihn billiger bekam; sie gab aber an, ein Herr Schmidt habe es besorgt, um ihren Mann durch den Namen M. nicht zu reizen. Als Referentin nun vor der Heirat stand, und Pat. die Möbel umtauschen wollte, sagte Referentin die Wahrheit, daß die Möbel von M., besorgt seien, damit letzterer im Geschäft keine Unannehmlichkeit habe. Ref. sagte auch, wenn er sich bei seinem Mißtrauen an der Lüge stieße, sollte er sie lieber nicht heiraten. Patient stellte M. zur Rede; dieser sagte, er habe es auf Veranlassung von Fräulein L. getan. Darnach sorgte auch Ref. für ein Zusammenkommen der beiden Männer; zu einer richtigen Aussprache ist es jedoch angeblich nicht gekommen. Herbst 08 besuchte Ref. vor der Ehe mit ihrem Mann ihre Freundin Z., die bei Herrn M. wohnte. Patient wußte, daß M. dort ein Geschäftslokal hatte. Als man die Wohnung betrat, wurde es Ref. durch das Bett, das im Zimmer stand, klar, daß Herr M. völlig bei ihrer Freundin wohnte. Das Bett war nicht verhängt, sondern es lag Wäsche darauf. Seit dieser Zeit ist Ref. nur in Begleitung ihres Mannes zu ihrer Freundin gegangen, obgleich ihr Mann sie dazu aufforderte, die Freundin zu besuchen, was sie aber nicht tat.

Ferner glaubt Patient, daß seine Frau früher dem Herrn M. für 500 M., die er ihrer Mutter allmählich geliehen hatte, zu Willen gewesen war. Es ist aber keine Rede davon. Ein zufälliges Zusammentreffen auf der Straße in Gegenwart der Schwester der Ref. hat das Mißtrauen noch bestärkt; dies war vor etwa 14 Tagen, an einem Freitag oder Dienstag.

Diese Angaben der Ehefrau werden, soweit sie sich auf den Patienten beziehen, von diesem bestätigt, außerdem ergänzt er sie nach verschiedenen Richtungen hin. Er gibt an, als Maler gelernt und große Reisen gemacht zu haben, bis er dann später in Berlin Fremdenführer wurde. Er verdiente in letzterem Berufe viel Geld. Ueber seine Eifersuchtsideen läßt er sich des längeren aus. Er glaubt, daß seine Frau ganz in der Gewalt von M. sei, und daß letzterer ein Interesse daran habe, seine finanziellen Verhältnisse, Bücher usw. genau kennen zu lernen. Anscheinend wünsche man auch seinen Tod; die Mutter des M. habe seiner Frau ein Kartenspiel gegeben, aus dem B. solange die Karten ziehen solle, bis er sich den „Sarg" herausgezogen habe. Er hat sogar in dem Glauben gelebt, daß seine Frau ihm nach dem Leben trachte. So führt er eine Epithelabschürfung am Penis, die er sich beim letzten Beischlaf zugezogen hatte, auf eine beabsichtigte Vergiftung seitens seiner Frau zurück. Sie habe das Tuch, mit dem sie ihm post coitum gewöhnlich das Glied abwische, mit einer giftigen Substanz getränkt. Er fühle noch jetzt das Gift im Blute kreisen. Er hat vor Weihnachten angeblich oft gefiebert und böse Träume gehabt. So z. B. hat er im Traum einen Mann mit einem großen Mantel gesehen und ein Messer unter demselben vermutet; dabei hat er eine Stimme vernommen, welche sagte: „Tötet ihn, tötet ihn." Alle diese Umstände haben ihm große Angst eingeflößt; er ging am 1. Weihnachtsfeiertag 8 Stunden planlos in Begleitung seiner Frau umher, sodaß sie schließlich fast zusammenbrach. Am 2. Feiertag unternahm er wiederum einen größeren Spaziergang; es wurde ihm hierbei sehr elend zu Mute. Da er sich zufällig in der Karlstraße befand, ging er in die Charité und ließ sich daselbst aufnehmen.

Epikrise.

Beim Lesen dieses Falles hat man zunächst nicht den Eindruck, es mit einem kranken Menschen zu tun zu haben. Das Verhältnis der Frau zu dem Herrn M., sowie die Lüge in der „Möbelangelegenheit" konnte den Ehemann mit einem gewissen wohlzuverstehenden Mißtrauen erfüllen. Dieses Mißtrauen muß jedoch als pathologisch angesehen werden, da es nicht nur nicht korrigierbar ist, sondern auch immer andere Momente in seine Sphäre zieht. Es bleibt nicht beim Mißtrauen und bei der Eifersucht, sondern es kommt zum

Verfolgungswahn. Patient glaubt sich von seiner Frau vergiftet, sie hat es nur auf sein Geld abgesehen usw.

In Anbetracht dessen, daß wir es hier mit einem langsam und schleichend sich entwickelnden Wahnsystem zu tun haben, bei dem kein Zeichen eines Intelligenzverfalles nachzuweisen ist, sehen wir uns veranlaßt, eine Paranoia chronica simplex für vorliegend zu erachten. Der Inhalt der Wahnvorstellungen könnte vielleicht den einen oder anderen dazu veranlassen, hier eine selbständige Form (einen „Eifersuchtswahn") anzunehmen; wir haben jedoch schon an einer anderen Stelle* darauf hingewiesen, daß nicht der Inhalt, sondern die psychologische Entwicklung des Wahnes maßgebend ist, und diese unterscheidet sich in nichts von der typischen Entwicklung der Paranoia. Ein bestimmtes ätiologisches Moment ist in diesem Falle nicht ins Auge zu fassen, doch werden wir nicht fehlgehen, wenn wir in den beruflichen Ueberanstrengungen, verbunden mit chronischen Affektstrapazen ein auxiliäres Moment für den Ausbruch der Psychose annehmen.

---

* Siehe Histor. Teil.

Fall 4.

Paranoia chronica simplex.

(Erotische Form.)

Patientin O. G., 45 Jahre alt, aufgenommen am 15. 2. 1910.

Die Referentin A. B., in deren Begleitung die Kranke kommt, erzählt folgendes:

Pat. hat ihren jungen Chef immer mit den Augen verfolgt, dann ist sie mehrere Male am Tage zu ihm ins Privatkontor hineingegangen, von ihm aber gleich hinausgewiesen worden. Pat. ist trotzdem immer wieder hineingegangen. Seit Anfang Februar will Pat. ihren Chef heiraten, der ihr jedoch keine Veranlassung dazu gegeben hat; sie sagte, „sie müßte Herrn Str. heiraten". Trotzdem ihre Kolleginnen ihr vorhielten, daß der betrefffende Herr verlobt sei und bald heiraten würde, hat sie sich den Heiratsplan dennoch in den Kopf gesetzt.

Patientin lebt nach Aussage der Referentin in sehr dürftigen Verhältnissen. Die Ehe erschien ihr als eine Befreiung von ihrem Elend. In der Charité zeigt sie sich über Ort und Zeit wohl orientiert und gibt bereitwillig Auskunft.

Sie behauptet, daß ihr Chef, ein Herr St. die Absicht habe, sie zu heiraten. Sie schließt das aus den eigenartigen Blicken, die er ihr zugeworfen hat und aus der Tatsache, daß er sie zweimal wieder in sein Geschäft aufgenommen hat, nachdem sie zweimal fortgegangen war.

Zwischen Verfasser und Patientin entspinnt sich folgendes Gespräch:

Verf.: Welchen Grund hatten Sie für die Annahme, daß Herr St. Sie heiraten würde?

Pat.: „Weil er mir solche Blicke zugeworfen hat, es wurde mir dabei so heiß und kalt."

Warum heiß und kalt?

„Weil ich ihn auch gerne habe, und das habe ich selbst nicht geglaubt, daß er mich heiraten wird; ich dachte, daß er mich aus-

lachen will. Aber schließlich habe ich gesehen, daß er mich doch heiraten wird; diesen Eindruck hat es bei mir gemacht."

Aber hat er es Ihnen denn gesagt?

„Nein, gesagt nicht, bloß so gemacht und das hat mich eben genommen; ich bin doch einmal abgegangen von dem Geschäft (weiß nicht warum) und da habe ich gedacht, das wird nichts werden damit (mit der Partie), da habe ich mir überlegt mit noch jemandem, und da habe ich versucht, selbständig zu werden, indem ich $^1/_2$ Jahr ein Geschäft (künstliche Blumen) gehabt habe. Mit einemmal, ich weiß nicht wie das war, da fahre ich in der Elektrischen und sehe durch das Fenster, wie er einsteigen wollte; und wie er mich gesehen hat, ist er stehen geblieben, obgleich die Elektrische leer war. Dann kam ich nach Hause, und wußte nicht, was ich machen sollte; ich bin dann ins Geschäft gegangen und mit einmal wird da die ganze Sache gemeldet (ich vermute, daß es gemeldet worden ist). Es war ein Fenster wie von der Elektrischen aufgebaut von Kartons, und wie ich ins Kontor hineingehe, da sagte ein Fräulein zu mir: „Fräulein Gl., Sie haben den Herrn Str. gern, und bei Ihnen wird noch eine Partie sein. Er ist doch nicht tüchtig, Sie können doch einen anderen heiraten."

Und als ich zurückkam nach der Arbeitsstube, da sagten die Damen: „Fräulein Gl., Sie werden eine große Freude haben zu ihrem Geburtstag, einen Ring unerwartet". Ich habe ihnen keine Antwort gegeben, aber ich habe den Schluß gezogen, daß es wahrscheinlich gemeldet wurde, daß er mich gesehen hat, und daß er mich heiraten wird. Aber schließlich bin ich da nicht zurechtgekommen, ach nein; ich wäre jedoch schon zurechtgekommen; aber um seinetwegen, weil er gemeldet hat, und die Fräuleins mir oft gesagt haben, da bin ich wieder zu ihm gegangen; da waren der alte und der junge Chef. Da mich immer der junge Herr angenommen hat, dadurch schloß ich eben, daß er mich heiraten wird, und darum bin ich dageblieben; ich dachte, er wird andere Ansprüche haben."

War er zu Ihnen zudringlich?

„Nein."

Mit Ihnen gesprochen?

„Nein, nur geschäftlich."

Hat er Ihnen von Heiraten gesprochen?

„Nein."

Und glauben Sie auch jetzt noch daran?

„Nein, weil ich zu alt bin für ihn."

Und wie erklärt es sich, daß er Ihnen die Blicke zuwarf?

„Vielleicht hat er mich gern gehabt, aber jetzt, da er erfahren hat, daß ich alt bin, so hat er mich nicht mehr gern. Ein wenig Hoffnung habe ich doch."

Was für Hoffnung?

„Ich hoffe, daß er mich vielleicht doch noch heiraten wird."

Jetzt gehen Sie wieder zu ihm?

„Ja."

Seinetwegen?

„Auch." Ich habe ihm eine Karte geschrieben, aber keine Antwort bis jetzt."

Liebesgeschichten?

„Bis jetzt noch nicht; aber ich habe den Herrn gern; ob er mich heiratet, weiß ich nicht, aber ich denke doch, daß er mich heiratet."

Herr St. ist doch verlobt?

„Ach nein, das weiß ich nicht, ich denke doch, daß er die Verlobung aufgegeben hat."

Weswegen aufgegeben?

„Weiß nicht."

Warum so oft ins Privatkontor gegangen?

„Weil er mich angenommen hat, habe ich gedacht, er wird mich heiraten."

Hat er Sie denn gern?

„Das weiß ich nicht, weil er mich angenommen hat, dachte ich, er wird mich heiraten."

Es wurden doch so viel andere angenommen?

„Ja, ich bin zweimal abgegangen von ihm, und weil er mich wiedernahm, da dachte ich, er wird mich heiraten."

Krämpfe: —

Potus: —

Suicid: —

Halluc.: —

Syphilis: —

Sehr viel gearbeitet von 10 Jahren ab.

Sorgen: —

Aerger: —

Patientin ist skrophulös gewesen.

Beruf: Blumenarbeiterin (Blumenverkäuferin).

Ueberanstrengung: 12 Arbeitsstunden.

Nahrungssorgen: „sehr große".

Menses: mit 18 Jahren; sehr unregelmäßig zuerst, später regelmäßig; seit November 1909 keine mehr „aus Schwäche".

Epikrise.

Zwecks Formulierung der Diagnose dieses Falles werden wir folgende Gesichtspunkte in Betracht ziehen. Es besteht ein mit Leichtigkeit nachzuweisender Wahn auf erotischem Gebiete. Bei der Patientin hat sich ohne Grund der Gedanke festgesetzt, daß ihr Chef sie heiraten würde. Sie glaubt dies daraus schließen zu müssen, weil ihr Chef sie wiederholt nach stattgehabter Entlassung wieder in sein Geschäft aufgenommen hatte. Obwohl sie weiß, daß ihr Chef bereits verlobt ist, läßt sie sich dennoch nicht von ihrer Idee abbringen. Sie bezieht obendrein die harmlosesten Ereignisse der Außenwelt auf ihren Wahn, wie die Wiedergabe ihrer Erzählung von dem Renkontre auf der Elektrischen beweist.

Auf dem Gebiet des intellektuellen und des Gefühlslebens sind keine Störungen zu verzeichnen. Es läßt sich also ohne Schwierigkeiten die Diagnose: Paranoia chronica simplex feststellen. Hinsichtlich des Inhaltes wird es sich hier um die erotische Varietät dieser Psychose handeln.

Aetiologie: Schwere Arbeit, Entbehrungen und chronische Affektstrapazen; als auslösendes Moment — Klimakterium.

Fall 5.

Hypochondrische Paranoia.

Die 53(?)jährige Patientin C. R. kommt am 21. III. 10. in die Charité. Aus den Angaben ihrer sie begleitenden Schwester ist folgendes zu entnehmen:

Zwei Onkel (väterlicherseits) sind im Irrenhaus gestorben. Pat. hat als Kind an Masern und gastr. Fieber gelitten, in der Schule ist sie gut mitgekommen, hat sich auch gut entwickelt. Sie war stets angestrengt tätig und hat in den letzten Jahren infolge eines Scheidungsprozesses ihrer Schwester viele Gemütserregungen durchgemacht. Auch der im Jahre 1903 plötzlich erfolgte Tod ihrer Mutter bereitet ihr noch heute viel Gram.

Bereits August 1907 — Oktober 1909 war Pat. wegen geistiger Erkrankung in einer Anstalt in Eberswalde. Sie hat damals Selbstmordgedanken gehabt, war immer sehr traurig gestimmt und hat an Sinnestäuschungen gelitten. Ihre damalige Erkrankung sowohl, als auch die jetzige, ist nach Ansicht der Referentin auf eine seit 5 Jahren bestehende Obstipation zurückzuführen. Halb verzweifelt ist sie von einem Arzt zum andern gelaufen und hat fortgesetzt geklagt, sie ginge daran zugrunde. Aus der Anstalt Eberswalde ist sie gebessert wieder gekommen, hat sich zwei Monate vollkommen normal betragen. Vor 10 Monaten im Mai begann ihre Krankheit von neuem. Es trat wieder die furchtbare Angst auf, daß sie nicht abführen könne. (Stuhlgang ist tatsächlich nur durch Klystiere zu erzielen.) Sie klagte den ganzen Tag, sie werde nicht wieder gesund, sie habe soviel Schmerzen, sie wolle der Qual lieber ein Ende machen und aus dem Fenster springen.

Sie ist der Ansicht, daß ihre Gedärme zu Strängen umgewandelt seien; über ihr früheres Leben macht sie sich schwere Selbstvorwürfe. Sie hat in letzter Zeit an schweren Angstzuständen gelitten, da sie fortwährend Stimmen hörte, die ihr befahlen, sich zum Fenster hinauszustürzen. Sie ist von der Realität dieser Stimmen völlig überzeugt.

Ueber ihre Krankheit befragt, macht Patientin folgende Angaben:

„Ich habe immer Verstopfung. Kein Wind geht von mir. Alle

Gedärme sind mir umgedreht, der ganze Darm ist mir verschlängelt. Ich darf garnichts von Fleisch sehen, denn sonst verwickeln sich die Därme immer mehr. Alles Essen bleibt mir im Halse stecken, ich glaube, das kommt von der Darmverschlingung. Wenn ich mich gerade aufrichte, geht mir der ganze Urin weg. Ich habe zuviel gegessen, da muß eine Operation vorgenommen werden. Schmecken tut mir alles, aber wie soll ich alles wieder herauskriegen? Jetzt stößt mir wieder alles auf, ich muß meine Röcke ein bischen frei machen. Herr Doktor, Sie könnten sich davon überzeugen, ich kann garnicht aufstoßen, das steht mir alles fest im Magen. Es war schon gestern so; wenn ich mich umdrehe, da kommt der Schaden. Alles ist fest umgedreht. Der Mastdarm ist mir vollkommen geschlossen. Die Augen leiden auch schon darunter. Ich glaube, ich muß die Anstalt wieder verlassen, hier wird mir nicht geholfen.

Beim Drängen habe ich mir auch einmal die ganze Blase herausgedrängt. Ich kann mir nicht mehr helfen vor Schmerzen; ich muß laut schreien."

Haben Sie Stimmen gehört?

„Ja, aber was gesagt worden ist, weiß ich nicht. Darauf habe ich nicht geachtet, die Hauptsache ist doch, daß ich sie gehört habe."

Selbstvorwürfe?

„Ja, ich habe die Schuld, ich habe alles gedrängt."

Haben Sie Selbstmordgedanken gehabt?

„Ja, einmal. Ich wollte mich zum Fenster hinunterstürzen, aber ich brachte es nicht fertig."

Haben Sie Angst?

„Vor allem habe ich Angst. Ich wage mich überhaupt nicht mehr zu bewegen."

Wie ist Ihre Stimmung?

„Sehr traurig, mein Zustand ist ja so, daß ich mir nicht helfen kann."

Haben Sie Kopfschmerzen?

„Ja, die Winde steigen mir zu Kopf."

Haben Sie jetzt noch Angst?

„Gewiß."

Wo sitzt sie?

Pat. zeigt auf die Herzgegend.

2. IV. 1910.

Sind Sie noch immer krank?

„Das ist meine Krankheit, daß ich nicht abführen kann."

Geht es jetzt besser?

„Jetzt schlimmer, weil ich keinen Urin lassen kann.“

Sind die Därme gesund?

„Wohl nicht gesund, es ist so, als ob ich eine Darmverschlingung oder Magenverengung hätte, als ob die Gedärme sich immer zudrehen. Was ich esse, staut sich alles; es geht nicht weiter. Der Mastdarm ist wohl nicht in Ordnung.“

Warum wollten Sie sich das Leben nehmen?

„Weil die Leute immer sagten, daß ich mich herunterstürzen müßte.“

Wer sagt das?

„Die Frauen, welche immer um mich herum sind.“

Haben Sie Stimmen gehört?

„Weiß nicht.“

Die Pflegerin berichtet: „Trotzdem die Pat. eine große Menge Stuhlgang hat, sagt sie, es sei nicht an der richtigen Stelle herausgekommen, sondern von der verkehrten. Mit dem Urin sei es ebenso, wie mit dem Stuhlgang. Urin läßt sie spontan, ohne Katheter, dabei behauptet die Pat., daß sie keinen Urin läßt. Wenn man sie den gelassenen Urin sehen läßt, behauptet sie, daß das wohl aus der verkehrten Stelle herausgekommen sei.“

Epikrise.

Das uns hier vorgeführte Bild gehört jener Klasse von Paranoiafällen an, die sich vorzugsweise durch die im Vordergrunde stehenden hypochondrischen Ideen auszeichnen.

Diese Ideen knüpfen hier an Empfindungen des eigenen Körpers an; ihren pathologischen Charakter zeigen sie durch das Wahnhafte des Gedankenganges im Gegensatz zu den hypochondrischen Ideen des Neurasthenikers, die sich in normalen Bahnen bewegen.

Auf Grund dieser letzten Umstände und der Tatsache, daß sich der Wahn allmählich entwickelt hat, müssen wir diese Psychose als hypochondrische Varietät der Paranoia chronica simplex betrachten.

Aetiologie: Erbliche Belastung, gemütliche Erregungen, frühere geistige Krankheit.

Fall 6.

Paranoia chronica simplex.

(Mit Debilität.)

Fr. B., Kaufmann, 28 Jahre alt, aufgenommen am 6. I. 1910.

Referent: Schwester des Pat.

Heredität: Die Mutter ist nervenkrank; sie leidet auch an Zuckerkrankheit.

Der Vater hat sich im Jahre 1880, 2 Jahre vor der Geburt des Pat., mit Syphilis infiziert und eine spez. Kur durchgemacht.

Die Geburt war normal. Pat. hat rechtzeitig gehen und sprechen gelernt. Von sonstigen Kinderkrankheiten sind Masern, Scharlach, Keuchhusten zu erwähnen.

Schulbesuch: Pat. war ein sehr schlechter Schüler; er war erst auf d. Gymnasium, dann auf der Realschule bis Tertia, im ganzen $11^1/_2$ Jahre.

Er wählte dann den Beruf eines Kaufmanns, wechselte aber sehr häufig seine Stellen. Nach achtwöchentlichem Militärdienst wurde er aus unbekannten Gründen entlassen.

Pat. soll oft an Furunkulose gelitten haben. Von Geschlechtskrankheiten weiß die Ref. nichts anzugeben. 3 Geschwister und 4 Stiefgeschwister leiden fast alle an mehr oder weniger hochgradiger Nervosität.

Pat. hat außerdem dem Alkoholgenusse ausgiebig gehuldigt und ein sexuell ausschweifendes Leben geführt.

Lebenslauf des Pat. und Beginn der jetzigen Erkrankung.

(Schilderung der Referentin.)

„Der Pat. ist von frühester Jugend an sonderbar gewesen. In der ganzen Familie hat man ihn „ein eigentümliches Kind" genannt.

Er habe sehr wenig gesprochen und viel geträumt. Die Angehörigen waren der Ansicht gewesen, Pat. wäre damals immer in einem Dämmerzustand herumgelaufen. In der Schule war sein

Benehmen oft sehr auffallend. Oft war er eingeschlafen. Sehr häufig hatte er nicht geglaubt, was der Lehrer gesagt hatte, er glaubte diesem z. B. nicht, daß $2 \times 2 = 4$ sei, der Lehrer könne sich täuschen; „2×2 könne auch $= 5$ sein.“ Auch soll er in seinem späteren Leben rechthaberisch gewesen sein. Umgang mit Schulkameraden soll er garnicht gehabt, auch später immer mehr zurückgezogen für sich gelebt haben. In der Schule kam er nicht mit. Sehr oft wurde er nicht versetzt. Schließlich wurde er aus der Schule genommen und in die Kaufmannslehre geschickt. Er ist von verschiedenen Lehrstellen weggelaufen, da er nicht lernen könnte; „die betreffenden Meister verständen selber nichts.“

In den Jahren 1901—1903 war er in Leipzig als „Versicherungsinspektor“, wo er ein geschlechtlich sehr ausschweifendes Leben geführt hat. (Bei dieser Angabe macht Ref. die weitere Mitteilung, daß es in der Familie bekannt gewesen sei, daß Pat. von Jugend auf onaniert habe.) Später hat er ein Geldvermittlungsgeschäft geleitet, wo er die Kaution eines Angestellten angriff und zu $2^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilt wurde. Er wurde damals schon vom Arzte als völlig „degeneriert“ bezeichnet. Seit dieser Zeit, 1907, soll eine wesentliche Verschlimmerung aufgetreten sein. Am 21. April 1908 wurde er aus dem Gefängnis entlassen. Er glaubte sich nun überall verfolgt. Wo Pat. nur auftrat, habe er gleich gemerkt, daß die Arbeiter sich erzählten, er habe gesessen; das könne nur von dem Gefängnis ausgehen. Alle Pastoren hätten einen großen Verband zur Beaufsichtigung Bestrafter, um diese sobald als möglich ins Gefängnis zurückzubekommen. Die Pastoren hätten einen Apparat, mit dem sie ihn vermittelst elektrischer Ströme verfolgen. Später ging Pat. nach Amerika, wo er schließlich in einer Irrenanstalt interniert wurde. Am 3. Juni kam er wieder nach Deutschland. Er ist nach Deutschland gekommen, um sich an dem ehem. Gefängnispastor zu rächen. Hier wurde er überall auf der Straße verfolgt, „alle Leute waren vom Pastor aufgehetzt“. Auch in Deutschland wird er mit einem Multostaten verfolgt; man läßt ihn allerlei schlechte Gerüche riechen, aber zuweilen auch Chokolade und angenehmen Zigarettenrauch.

Von Gestalten hat er einmal eine angefaulte Leiche gesehen, die den Mund auf- und zumachte. Angst empfindet Pat. angeblich nicht; er möchte sich im Gegenteil mit Gewalt von seinen Verfolgern befreien.

Seit September 09 hat Pat. auch Stimmen gehört, die seiner Ansicht nach durch einen galvanischen Strom oder durch einen Magneten hervorgebracht worden sind, auch hat er an verschiedenen

Stellen des Körpers schmerzhafte Empfindungen wie Nadelstiche gehabt. Diese Gefühle sind ebenfalls „durch den Strom“ hervorgerufen.

Die Angaben des Pat. dem Arzt gegenüber decken sich im Wesentlichen mit denen der Schwester. Er gibt auf Befragen z. B. an, daß die Leute auf der Straße oft von ihm gesprochen hätten, so z. B. habe er einmal gehört, wie zwei hinter ihm gehende Herren folgendes gesagt hätten: „Er hatte annonciert, und dann haben die betreffenden Leute Kaution stellen müssen; die hatte er unterschlagen“, derartige Gespräche, die nur auf ihn gemünzt gewesen wären, will Pat. unzähligemal vernommen haben.

Epikrise.

Wir haben es also hier mit einem allmählich primär entstandenen Verfolgungswahn bei einem debilen Menschen zu tun. Die Debilität, kombiniert mit dem bestehenden Krankheitsbilde, kann eine Dementia paranoides vortäuschen. In Wirklichkeit jedoch liegt dieser Zustand nicht vor, da kein Intelligenzdefekt und keine Anzeichen einer affektiven Verblödung bestehen.

Auf dem Gebiete der Sinnesempfindungen finden wir nur vereinzelt Störungen in Form von abnormen Geruchs- und Gehörsempfindungen. Visionen sind fast gar nicht vorgekommen, dagegen scheinen haptische Halluzinationen ziemlich häufig gewesen zu sein. Zweifelsohne handelt es sich um eine Paranoia chronica simplex, kombiniert mit einer Debilität.

Als ätiologisches Moment kommt die beiderseitige elterliche Belastung in Betracht; als auslösende Ursache ist wohl die seelische Erregung infolge der Gefängnishaft anzusehen.

Fall 7.

Paranoia chronica simplex mit vereinzelten Halluzinationen.

Frau A. M., 46 Jahre.
Ref.: Ehemann.
Heredität: —
Ehe seit 26 Jahren (1 Kind lebt, 3 † an Dipht.), Abort: 2 X.
Potus, Trauma: —
Sexuelle Exzesse: —
Letzte Menses: Aug. 09.
Ueberanstrengung: hat viel gearbeitet.

Der Ehemann gibt an, daß seine Frau seit einiger Zeit ohne ersichtlichen Grund Furcht habe, von ihm geschlechtlich infiziert zu werden, auch ist sie gegen früher sehr frigid geworden. Seit Januar d. J. zeigte Pat. eine besonders große Antipathie gegen ihren Gatten und behauptete sogar, er wolle sie vergiften, er hätte ihr u. a. Mäusegift in das Essen getan. Vor 2 Jahren hat sie einmal dem Ref. erzählt, es gäbe ein Pulver, durch welches der Mensch so langsam abstürbe, ohne daß nachher etwas zu sehen sei. Jetzt behauptet sie, Ref. hätte ihr es erzählt.

Stimmung traurig, niedergeschlagen.
Körperliche Untersuchung: keine Besonderheiten.
Intelligenz: intakt.
Weshalb hier?

„Ich konnte zu Hause nicht schlafen, mein Mann hat mich immer so geärgert, er hat mir in die Kleider, ins Bett etwas hineingetan, was mich so gebrannt hat, daß ich es nicht aushielt. Im Irrigator, aus dem ich mir Ausspülungen machte, habe ich mitunter fremdes Haar gefunden, auch öfter, wenn ich das Wasser zuvor ins Nachtgeschirr ließ, sah ich solche schwarze und rote Punkte. Dann bemerkte ich, daß mein Mann mich so oft in die Küche hinausschickte, jedesmal als wir Mittag essen wollten; dann sagte er entweder: „Das Bierglas ist nicht sauber", oder: „Du hast mir keine Gabel hingelegt". Inzwischen machte er was mit meinem Essen, weil ich nach dem Essen, das immer so süß, widerlich

und verdorben schmeckte, Brennen im Halse und auf der Zunge und in den Därmen wahrnahm."

„Haben Sie gesehen, daß ihr Mann was mit Ihrem Essen gemacht hat?"

„Jahrelang vermutete ich es nur, seit Neujahr weiß ich, daß das Essen vergiftet ist. Einmal paßte ich auf, da sah ich, wie er schnell in die Westentasche hineinfaßte und dann über meinen Teller was mit Fingern herüberstreute. Ich aß von dem Mittagbrot, versuchte wie es schmeckte; da bekam ich das Brennen und ließ das Essen stehen. Ich sagte: „Was hast Du mir da hineingetan?" Da antwortete er: „Du bist verrückt." Nun ging die Sache immer weiter, er hat mir weißes Pulver in die Kaffeekanne und in die Kaffeemühle (unten in das Kästchen) hineingestreut. Einmal fand ich in der Kaffeetasse gelblich-grünes Pulver. Ich war empört und paßte daher fortwährend auf. Es war niemand bei uns gewesen als mein Mann allein, da wußte ich genau, daß er das getan hatte. — Am 2. Neujahrstag früh gegen 7 Uhr kam der Milchträger; da sagte mein Mann: „Geh gleich runter; Bolle steht vor der Tür, sonst fährt er weg." Ich zögerte, ich wollte nicht gehen und sagte: „Wir wollen erst frühstücken: Bolle kommt nochmal um $^1/_2$9." Da aber mein Mann beharrte, ging ich doch herunter; als ich zurückkam, da wollte ich meine Milchsuppe trinken; diese hatte mein Mann in die Stube hineingetragen und auf den Tisch gestellt, dabei sagte er: „Trink' mal schnell, sonst wird sie kalt." Ich fing an zu trinken, merkte aber sofort, daß die Suppe nicht so war, wie ich sie hingestellt habe; sie hatte einen süß-widerlichen Geschmack. Ich sagte zu meinem Mann: „Ach, was ist das, die Milch ist wohl zusammengeronnen, sauer geworden." Ich wollte die Milchsuppe nicht mehr trinken. Mein Mann goß sie in die Leitung, spülte tüchtig die Tasse mit Wasser. Mir wurde übel, ich kriegte furchtbare Magen- und Leibkrämpfe; meine Augen taten sich immer auf und zu, und es ging alles in der Stube rings herum mit mir; ich kriegte furchtbares Kopfweh, meine Füße wurden mir eiskalt, mir war zum Erbrechen. Da sagte mein Mann: „Leg Dich ins Bett, ich werde Dir einen Grog aus Rum machen." Ich lehnte ab. „Trink nur, sagte er, morgen wird es Dir besser, da merkst Du nichts von den Schmerzen." Ich wollte nicht trinken. Dann frug er, ob ich nicht Zitronenwasser will. Ich sagte: „Ja, aber ohne Zucker." Er machte mir Zitronenwasser zurecht; ich schluckte einmal, es schmeckte süß, da wollte ich nicht mehr davon trinken. Mein Mann nahm die Tasse weg, goß den Inhalt aus und schimpfte. Ich sagte ihm: „Du hast mir wieder was hineingemacht, davon bin ich krank geworden."

„Das ist nicht wahr, Du bist verrückt," antwortete er. Ich bat meinen Mann, er solle mir einen Arzt holen. Er wollte nicht, sondern sagte: „Heute ist kein Arzt zu Hause." Bis auf den andern Tag habe ich Schmerzen gehabt, ich mußte furchtbar erbrechen und bekam einen Durchfall, da wurde mir besser, ich fühlte mich doch noch sehr schwach. Mein Mann hat mir kurze Zeit nichts getan, aber er ist sehr boshaft geworden, wollte bei jeder Gelegenheit Streit anfangen. Was ich mit meinen Augen sah, bestritt er mir. Einmal saß ich still am Tisch, er kam von hinten heran, faßte mich mit einer Hand auf die Schulter und mit der anderen Hand drückte er mich fest gegen den Hals. Ich stieß ihn mit den Füßen zurück und sagte: „Was willst Du von mir?" — „Du bist verrückt!", schrie er. Abends, als ich schlafen ging, hat er mir etwas ins Bett hineingelegt, was einen widerlichen, üblen Geruch hatte: es roch nach Chloroform. Mir wurde so übel, ich schlief aber bald ein. So war es in der letzten Zeit öfters. Einmal — das war nachts — erwachte ich plötzlich; im Zimmer war Schwefelgeruch. Da ist es mit einemmale in der Stube so hell geworden, und da sah ich meinen Mann vor meinem Bett stehen; es war so, als ob er mir einen Spiegel vor die Augen hielt, dabei sagte er zu mir: „Wer hat der Nimeyer ihr Portemnnaioe genommen? Wer hat die neuen Schläuche aus dem Rad von oben genommen? Wer hat den Honig von oben genommen?" Ich antwortete immerzu: „Du". „Du mußt weg, Du Aas, es ist die höchste Zeit" — sagte er darauf. — Ungefähr nach acht Tagen, da verspürte ich nachts wieder diesen Chloroformgeruch. In derselben Nacht sah ich meinen Mann wieder vor dem Bett stehen, er hatte mir was Nasses auf den Kopf getan, was so süß roch, mein Kopftuch roch so nach Chloroform, und dann hielt er mir ein kleines Fläschchen unter die Nase. Ich bin kurz darauf eingeschlafen. Den andern Morgen bemerkte ich, daß jemand in meinen Sachen herumgewühlt hatte. Ich hatte meine Eßwaren in einer Tasche vor dem Bett auf einem Stuhl liegen. Sie war durchwühlt. Aus meinem Portemonnaie fehlten mir zwei Mark. Ich rechnete mir stets alles zusammen, ausgegeben habe ich nichts, verloren auch nichts, vermute, daß mein Mann es mir weggenommen hatte.

Dann hat mir mein Mann das Blumenbrett mit schwarzem, fettigem Zeug bestrichen, ebenso eine Decke in der Küche und meine Strümpfe; die Strümpfe hatte ich nur zwei Tage an, da hatte ich schmutzige Füße, als ob ich in tiefstem Moor gelaufen wäre. Sie stanken schwefelartig und die Füße brannten so. Alles wurde schmutzig. Ich war verzweifelt, weil ich wußte, daß mein Mann es

getan hatte, ich durfte aber nichts sagen, da er immer sagte: „Mach mir noch lange Geschichten, da wirst Du sehen, was ich mit Dir mache.“ Ich weinte und wurde immer schwächer, ich wußte vor Angst nicht mehr, was ich anfangen sollte. Ich wollte schon einmal ins Wasser springen, aber ich dachte an meine Tochter und mein Kind, ich hänge so sehr an ihnen, ich wollte meine Verwandten nicht betrüben.

Am letzten Tage, als ich zu Hause war, da sagte mein Mann: „Nun laß ich Dich wegbringen, Du bist ja ganz und gar verrückt, Du kriegst die Zwangsjacke an; warte mal, die werden Dir schon zeigen.“ Ich ging zu unseren Nachbaren; diese sind mit mir zu einem Arzt gegangen. Er hat mich untersucht, und dann haben sie mich gegen meinen Willen in die Charité gebracht.“

Auf die Frage, warum sie glaube, daß ihr Mann sie vergiften wollte, antwortete sie:

„Er wollte mich aus der Welt schaffen, umbringen, da ich zu geschlechtlichem Verkehr zu alt sei; er hat öfters beim geschlechtlichen Verkehr gesagt: „Du bist zu alt, mit Dir ist garnichts los, jung ist jung.“

Außerdem glaubt die Pat., ihr Mann wolle sie umbringen, weil sie Mitwisserin eines Diebstahls sei. Sie behauptet nämlich gesehen zu haben, wie ihr Mann von einem fremden Fahrrad die Schläuche entfernt und sie an seinem Rad angebracht hat.

(Referent hat in der Tat Schläuche für sein Rad umgewechselt, aber nicht von einem fremden Rad.)

Epikrise.

Der hier geschilderte Fall stellt einen nicht allzuseltenen Mischzustand dar; einerseits tritt bei der Kranken ein primärer Wahn, und zwar ein Vergiftungswahn auf, andererseits aber hat sie auch wiederholt an Halluzinationen gelitten, durch die sie in ihrem Wahn bestärkt worden ist. Im allgemeinen jedoch standen die Verfolgungsideen im Vordergrund, die Halluzinationen hingegen bildeten nur eine Begleiterscheinung.

Wir sind also berechtigt, in diesen Fall nicht eine ganz typische Paranoia simplex zu sehen, sondern einen Grenzfall zwischen Paranoia simplex und hallucinatoria, je-

doch, wie oben bemerkt, mit einem stärkeren Hervortreten der für Paranoia simplex charakteristischen Erscheinungen.

Aetiologie: Da weder erhebliche Belastung noch irgendwelche anderen Momente als ursächlich anzusehen sind, so können wir in diesem Falle das klimakterische Stadium, in dem sich Patientin befindet, für die Entstehung der Krankheit verantwortlich machen.

Fall 8.

Paranoia chronica hallucinatoria.

Der vorliegende Fall betrifft eine 55 Jahre alte Tischlersfrau, die seit 2 Jahren erkrankt ist. Eine erbliche Belastung liegt nicht vor, die Entwicklung im jugendlichen Alter war eine normale. Die Menstruation besteht seit dem 14. Lebensjahr, 1906 trat das Klimakterium ein. Aus der im Jahre 1877 eingegangenen Ehe sind 9 Kinder hervorgegangen, von denen 5 leben. Von früheren Erkrankungen ist ein vor 18 Jahren überstandenes Magenleiden unbekannter Natur zu erwähnen, außerdem sollen Schwindel- und Krampfanfälle ohne Bewußtseinsstörung bestanden haben.

Die körperliche Untersuchung ergibt linksseitige supra- und infraorbitale Druckpunkte.

Bei der am 7. II. 1910 erfolgten Aufnahme wurde in bezug auf die Entwicklung ihrer jetzigen Erkrankung nach den Angaben der Schwester folgendes eruiert: Seit 2 Jahren hört die Kranke überall Stimmen, welche sie beschimpfen. Infolgedessen ist die Kranke seitdem immer unruhig und schimpft auf ihre vermeintlichen Beleidiger. Sie behauptet, daß sie von ihren Nachbarn beleidigt und verfolgt würde; auch die Polizei nimmt nach ihrer Behauptung an der Verfolgung teil. Die Ursache dieser Verfolgung glaubt sie in Folgendem zu sehen: Im Jahre 1906 hatte der Sohn der Pat. einen anonymen Brief erhalten, in dem er eines Diebstahls beschuldigt worden war. Die Schreiber dieses Briefes wurden ermittelt und vom Gericht bestraft. Seitdem glaubt sich Pat. von den Beklagten verfolgt; auch sollen letztere nach der Ueberzeugung der Patientin die Polizei für die Verfolgung gewonnen haben. Der Polizeibeamte T., der nebenan wohnt, hat, wie Pat. behauptet, in der Wand seiner Wohnung Löcher mit Schläuchen angebracht, um die Pat. zu beobachten. Sie wird auch von der Umgebung beobachtet. — T. hat in den Schläuchen auch elektrische Strahlen; diese Strahlen brennen, und dadurch bekommt die Pat. Hitze im Kopfe. — Die Kranke hört immerfort unsichtbare Stimmen. Diese Stimmen gehören sämtlich den Personen an, die in Spandau wohnen. Die

Stimmen sagen: „Du hast Recht, die Verklagten wollen Dich nervös machen und ganz wegbringen.“ Durch die Schläuche sprechen sie auch: „Mösering, Mösering, wie stinkt das Ding, stinkt das nicht wie Pfefferling?“ Auch sind in die Löcher an der Wand Schmutz und Kot hineingetan worden, und Pat. hat den Gestank einatmen müssen. Sie hat auch jetzt noch öfters abnorme Geschmacks- und Geruchsempfindungen; durch die Schläuche riecht sie Schnupftabak, Sand und Kot. Gestalten hat sie nicht gesehen.

Aus der mit der Kranken stattgehabten Unterredung sei beispielsweise folgendes wiedergegeben:

Woher wußten Sie, daß es sich um die Stimmen der von Ihnen genannten Herren handelt?

„Weil sie sich immer verraten haben.“

Wodurch?

„Durch die Schläuche.“

Was für Schläuche?

„Die Beamten haben die Schläuche den Leuten ausgeteilt, um uns auszuhorchen, vielleicht würden sie etwas hören können, wenn wir uns versprechen sollten.“

Woher wissen Sie, daß die Beamten die Schläuche verteilt haben?

„Herr Wachtmeister hat es selbst erzählt, daß er die Schläuche herumgegeben hat.“

Ihnen erzählt?

„Ja, durch die Wand.“

Haben Sie die Schläuche gesehen?

„Nein, aber Herr T., der Wachtmeister, hat um die Erlaubnis gebeten, zu mir in die Wohnung hineinkommen zu dürfen, um die Schläuche hineinzubringen. Da unten warteten auf ihn Leute. Herr T. hat auch gefragt, ob ich die Leute auch empfangen werde. Ich sagte: „Lassen Sie sie mal heraufkommen.“ Er ist dann hinuntergegangen, kam aber nicht wieder. Nur Sonntag kam er, als ich und mein Mann gerade schliefen. Er fragte, ob wir in der Wand ein Loch hätten? Ich sagte darauf: „Nein“ und zeigte ihm die Tür. Seitdem nahm er sich die Erlaubnis, mich nicht in Ruhe zu lassen. Er hat sich in seiner Wohnung zwei Löcher in die Wände gemacht, darüber waren Tapeten; in diese Löcher hat er Schläuche hineingemacht, wohin er immer Schnupftabak, Sand, Kalk, Staub, Kot warf, und das alles habe ich immer eingeatmet. Er hat auch von oben durch die Wände und Schornstein Schmutzerei durchgepustet, dann hat er in den Schläuchen elektrische Strahlen gehabt; wenn er es angebrannt hat, so brannte drin alles, ich mußte

den Schmutz einatmen und dadurch konnte ich nicht schlafen, es war mir so kitzlich.

Wenn die Leute etwas auf die Schläuche angemacht haben, so mußte ich mich öfter waschen. Auf den Schläuchen standen Buchstaben von A bis Z. Wenn man z. B. auf den Buchstaben F drückte, so habe ich Brennen im Unterleib gehabt; steckten die Leute Stecknadeln in die Schläuche, so habe ich auch Stechen verspürt."

Epikrise.

Bei der kritischen Betrachtung dieses Falles wird sich uns zunächst das langsame, chronische Auftreten von Halluzinationen verschiedener Natur als besonders charakteristisch in den Vordergrund stellen. Es handelt sich nicht nur um solche des Gehörs, sondern auch solche des Gesichts, des Geruches und des Geschmacks. Alle diese Sinnestäuschungen waren dazu angetan, den Gedanken einer stattfindenden Verfolgung hervorzurufen; es handelte sich, wie Patientin angibt, um Beleidigungen, Drohungen usw. Für diese Verfolgungen findet Patientin eine ungezwungene Erklärung in dem Haß ihrer Bekannten, die sich wegen der erlittenen Strafe rächen wollten. Anschließend an diese Voraussetzung hat der Wahn dann immer weitere Kreise gezogen; dabei ist jedoch keinerlei Störung des formalen Vorstellungsablaufes, der Intelligenz und des Affektes eingetreten.

Die Zusammenfassung all dieser Gesichtspunkte läßt nur die Diagnose Paranoia chronica hallucinatoria zu. Als ursächlich kommt wohl die Hysterie oder das Klimakterium in Betracht; als auslösende Momente sind chronische Affektstrapazen infolge des stattgehabten Prozesses usw. anzusehen.

Fall 9.

Paranoia chronica hallucinatoria alcoholistica.

Der 36jährige Metallarbeiter P. ist vor $1^1/_2$ Jahren erkrankt. Er war damals als Schlosser bei einer hiesigen Firma beschäftigt und wurde, wie er angibt, wiederholt von den Ausschußmitgliedern des Verbandes der Metallarbeiter aufgefordert, dem Verband als Mitglied beizutreten.

Er hatte jedoch keine Lust hierzu und motivierte seine Weigerung damit, daß er kein Geld für die Beiträge habe; später werde er beitreten. Da dieses aber nicht geschah, so wurden ihm seine Mitarbeiter aufgesessen und sollen durch ihren Kolonnenführer der Firma den Antrag gestellt haben, den P. zu entlassen; andernfalls würden sie die Arbeit niederlegen. Dieses letztere will Pat. von dem Fabrikpförtner erfahren haben.

P. wurde in der Tat entlassen. Aus Wut trank er sich einen leichten Rausch an und kam dadurch noch mehr in Zorn. Er hat, wie er angibt, die sozialdemokratische Partei mit „Verbrecher" usw. beschimpft. Die Mitglieder der Partei, die nach Angabe des Pat. in dem Nachbarhaus wohnten, sollen von seinem Schimpfen Kenntnis erhalten haben. Zwei Tage später hat dann Pat. in seinem Zimmer gehört, wie zwei Männer im Nachbarhaus sich verabredeten, ihn, den P., derartig mit Telefunken zu bearbeiten, daß er davonlaufe.

Diesen Hallucinationen folgten bald andere. Ich lasse hierüber den Patienten selbst berichten:

„Meine Frau war in der Wohnung, hat aber davon nichts gehört, vielleicht ist sie etwas schwerhörig. Da war ferner unten eine Bäckerei vorhanden, wo der betreffende Mann (einer von den zwei Männern, die im Nachbarhaus gesprochen haben) zur Aushilfe öfter tätig gewesen ist. Ich habe vernommen, daß er einen Artikel über mich abgefaßt hat, um mich nachher mit Telefunken und mit diesem abgefaßten Material zu beschimpfen und zu belästigen."

Woher wußten Sie, daß er den Artikel geschrieben hat?

„Ich wohnte zwei Etagen über der Bäckerei, einmal stand ich am Fenster und habe gehört, wie der Mann dieses vorgelesen hat, und wie die anderen sich darüber lustig machten. Darauf hörte ich den ganzen Tag und die Nacht über mich schimpfen: „Lump", „Lümmel" usw. Dann habe ich meiner Frau das mitgeteilt und auch einer Frau Hebamme R. Diese meinten, das wäre nicht der Fall. Ich hörte auch in der Küche in meiner Wohnung Frauenstimmen über mich schimpfen (an demselben Tage) und später auch verschiedene männliche Stimmen. Es hörte sich an, als ob die Stimmen aus einer Versammlung kämen. Ich wurde in einer unerhörten Weise angegriffen und als ein Lump und Plunder ausgeschimpft; sie sagten unter anderem, daß ich aus einer polnischen Gegend stamme und ich solle machen, daß ich aus Berlin herauskäme; außerdem sollte ich aus Berlin ausgewiesen werden. Als ich mich daraufhin zu Bett legte, kam es mir vor, als wenn etwas an die Wand angeschlagen hätte; es sah aus, wie ein heller elektrischer Schein (habe dabei auch das Licht gesehen); auch die Stimmen wurden immer deutlicher. Da ich dies nicht anhören konnte und in eine große Aufregung versetzt wurde, sagte ich zu meiner Frau: „Ich kann dieses nicht mehr anhören; ich gehe weg." Meine Frau hatte mich gebeten, ich sollte zu Hause bleiben, es war mir aber unmöglich, da es mich in eine unbeschreibliche Aufregung versetzte. Daraufhin habe ich mich angezogen und bin dann gegangen. Als ich über den Hof ging, da hörte ich aus der Bäckerei sagen: „Jetzt geht er los", und hörte ein Gelächter, kümmerte mich aber nicht darum und bin weiter gegangen nach Wittenau, wo ich einen Bekannten hatte und ihn aufsuchen wollte. Als ich an das Haus kam, war es bereits geschlossen; es mag die Nacht in der zwölften Stunde gewesen sein. Daraufhin kehrte ich um, und wollte zu einem Verwandten nach Charlottenburg gehen; aber ich begegnete vielen Männern, die vom Tanzlokal nach Hause gingen. Ich vermutete, daß der Verband alarmiert worden sei, um mich abzufangen.

Daraufhin sagte ich mir, daß der Weg mir abgesperrt sei, nun hörte ich auch männliche Stimmen über mich schimpfen: „Lump", und „Plunder"; „früher war er dem Metallarbeiterverband angehörig und jetzt schimpft er über ihn." Da habe ich auch gehört, wie die Leute auf der Straße sagten: „Das ist er", und als ich die andere Seite vorüberkam, da hörte ich auch über mich schimpfen und ausschreien: „Gelernter Schmied ist er, als Schlosser arbeitet er, und machen kann er nichts." Da die Leute drohten, mich zu verhauen, falls ich nach Charlottenburg gehe, so habe ich einen Umweg ge-

macht über Reinickendorf, Rosenthal, Franz. Buchholz nach Weißensee. Es wurde schon Tag; ich habe mich nicht mehr gefürchtet, da schon Leute auf der Straße zu sehen waren. Dann bin ich durch Berlin nach Charlottenburg zu meinen Verwandten gegangen. Die Tour dauerte von Sonntag abend 11 Uhr bis Montag 12 Uhr (Mittag). Als mich meine Cousine erblickte, da fragte sie mich, weshalb ich so verstört aussehe und was mir fehlte. Ich habe ihr das obengenannte mitgeteilt und klagte über heftige Kopfschmerzen, da ich schon 3 Tage und 3 Nächte nicht geschlafen hätte. Als ich mich hinlegte, um mich auszuruhen und etwas zu schlafen, da hörte ich wiederum Stimmen und konnte nicht schlafen. Die Stimmen forderten mich wieder auf, nach Hause zu gehen und in den Verband einzutreten, damit sollte die Sache ein Ende haben; ich sollte vernünftig sein und auf die Berliner Städtischen Gaswerke wieder in Arbeit treten, da würde ich bestimmt Arbeit bekommen. Dieses alles ist mir durch diese Stimmen mitgeteilt worden. — Als ich aus dem Fenster blickte, bemerkte ich einen elektrischen Strahl, der ins Fenster fiel, und da konnte ich das Gespräch ziemlich deutlich verstehen, und hörte eine heitere Gesellschaft sich unterhalten, wobei einer gesagt hat: „Immer noch zu dumm.“ Auch sollte ich nach Hause gehen und nachher ins betreffende Lokal kommen und in den Verband treten, dann wäre die ganze Sache erledigt. Unterdessen hatte meine Frau der Hebamme den Auftrag gegeben, bei meinen Verwandten telefonisch anzufragen, ob ich dort sei. Daraufhin hat mein Verwandter, der in Charlottenburg wohnt, mich nach Hause gebracht. Darauf wurde ich zum Arzt gebracht, bei dem ich 11 Wochen in Behandlung war. Ich bemerkte aber, daß die Leute hinter mir immer verschiedene Bemerkungen machten, aber so, daß ich sie nicht gerichtlich belangen konnte, da sie mich nicht beim Namen nannten.

Als ich in eine andere Wohnung zog, hörte ich mehrere Wochen keine Stimmen, aber nachträglich habe ich immer wieder welche vernommen. Das hörte sich an, als wenn es durch den Schornstein oder die Luftklappe vernehmbar war. Das sollte so gemeint sein, als wenn meine Frau einen Liebhaber hätte, der sie öfter in meiner Abwesenheit besuchte. Durch diese Belästigung habe ich mich veranlaßt gesehen, aus dem Orte wegzuziehen und bin nach Ostpreußen gezogen. Dort habe ich 3 Wochen bei meinem Bruder gewohnt und in einer landwirtschaftlichen Maschinenfabrik als Schlosser und Dreher gearbeitet. Da mein Verdienst für meine Familienverhältnisse nicht ausreichte, und meine Frau auch nicht auf dem Lande zu wohnen gewöhnt war, wollte sie wieder zurück

nach Berlin. Während der ersten vier Wochen, die ich dann wieder in Berlin wohnte, habe ich keine Stimmen vernommen. Als ich bei den Siemens-Schuckertwerken in Arbeit getreten war, wurde ich dort wieder belästigt. Während der Arbeit kam es mir vor, als wenn in einer anderen Abteilung durch elektrischen Kabelstrom Schimpfworte gegen mich gerichtet würden, namentlich während der Frühstücks- und Mittagspause. Ich hörte viel Gelächter; die Mädchen haben auch gelacht, wahrscheinlich haben sie auch was gehört.

Was ich zu Hause gesprochen habe mit meiner Frau, das schien mir so, als wenn sie das alles gehört hätten und am andern Tag in der Fabrik darüber sprächen und lachten. Abends, wenn ich mich in meiner Wohnung befand, hörte ich wiederum dumpfes Brummen und Stimmen, die mich nötigten, in den Verband einzutreten und vernünftig zu sein; wo nicht, würde ich aus der Fabrik hinausgeschmissen.

Meines Erachtens ist die Sache auch bewerkstelligt worden. Ich konnte nicht schlafen und wurde immer durch die Stimmen belästigt, darum habe ich einen Arzt aufgesucht, der hat mich dann nach der Charité geschickt."

Hier hat unser Patient in den ersten vier Wochen keine Stimmen gehört, jedoch wähnt er sich nach wie vor von der Partei verfolgt. Er vermutet, daß man damals ein unsichtbares Kabel angebracht habe, um ihn in Aufregung zu versetzen. Inzwischen ist er auch zu der Ueberzeugung gelangt, daß sich unter seinen Mitpatienten Abgesandte der Partei befänden, die ihn beobachten sollten. Er bittet den Arzt, die Krankengeschichte nicht in Gegenwart der anderen Patienten zu verlesen, da die meisten derselben sozialdemokratisch und auch Abgesandte der Partei darunter seien.

Ueber das Vorleben, die Familiengeschichte usw. ist folgendes zu berichten:

Der Vater ist an Wassersucht gestorben, war Potator; die Mutter ist angeblich gesund. Ein Bruder soll an Verfolgungswahn leiden, fünf andere Geschwister sind gesund. Pat. selbst hat seit dem 16. Lebensjahr dem Alkoholgenuß gehuldigt; seit $1^1/_2$ Jahren jedoch ist er Abstinenzler. Als Kind hat er bis zum 7. Jahr an Bettnässen gelitten, im übrigen hat er sich jedoch normal entwickelt. 1897 hat er ein leichtes Trauma (Schlag gegen die Kinnlade) erlitten; in seinem Beruf hat er sich sehr angestrengt, hat täglich 10 Stunden gearbeitet, schwebte stets in Angst, daß er entlassen würde. Im Jahre 1900 hat er sich verheiratet; von 9 Kindern sind 3 gestorben; eins an Diphtherie, zwei an Säuglingskrankheiten. Pat. selbst hat

eine Zeit lang an Husten mit blutigem Auswurf gelitten. Wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt ist er einmal mit sechs Wochen Gefängnis bestraft worden. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten. Geschl. Infekt. angebl. nicht stattgefunden.

Epikrise.

Die Diagnose des vorliegenden Falles bietet wohl keine Schwierigkeiten. In Anbetracht dessen, daß wir es mit einem Kranken zu tun haben, bei dem primäre Gehörstäuschungen auftraten, an die sich die Bildung eines systematischen Verfolgungswahns anschloß, müssen wir eine Paranoia chronica hallucinatoria als vorliegend erachten. Gesichtstäuschungen sind anscheinend nicht vorgekommen, nur hat Patient Illusionen gehabt.

Differential-diagnostisch käme bei einem derart ausgeprägten Fall eigentlich keine andere Psychose in Betracht. Für Paralyse fehlen jegliche Anhaltspunkte, ebenso für Dementia paranoides, da kein Intelligenzdefekt besteht, und die Wahnvorstellungen mit Affektbetonung einhergehen. Einen wichtigen ätiologischen Faktor erblicken wir auch hier in der Belastung väterlicherseits; außerdem in der Ueberanstrengung, den chronischen Affektstrapazen und chronischem Alkoholismus.

Fall 10.

Chronische halluzinatorische Paranoia.

Am 10. III. 1910 kam die 41jährige Musikersfrau A. W. in Begleitung ihres Ehemanns in die Charité.

Der Ehemann referiert folgendes:

„Anfang Oktober 1909 kam ich morgens nach Hause; da sagte meine Frau, ich möchte bei ihr bleiben, die Nachbarsleute verfolgten sie und wollten sie umbringen.

Auch meine Mädel wollten sie umbringen, schlachten und in kochendem Wasser brühen, auch sollen Leute sie mit „Dirne" beschimpft und auch mir mit dem Tod gedroht haben.

Als ich fragte, woher sie das wüßte, sagte sie: „Ich habe es gehört, gesehen habe ich aber niemand." Meist trat dies auf, wenn es dunkel wurde, dann hatte sie Angst vor den Nachbarsleuten.

Meine Frau ist dann zu ihrer Schwester gefahren, dort hat sie sich drei Wochen ruhig verhalten. Als sie wieder zurückkehrte, fühlt sie sich in der neuen Wohnung (in der alten Wohnung wollte sie nicht bleiben) auch nicht wohl. Ueberall hörte sie telephonieren: „Du bist eine Hure" usw. Dann sagte sie mir: „Hörst Du denn nichts? — „Nein." — „Dann bist Du taub."

Auch hat sie Gestalten in Umrissen gesehen, erkannt hat sie niemanden, jedoch behauptet sie, der Verwalter sei es gewesen. Sie war immer traurig, hat fast immer geweint, nur zuletzt manchmal gelacht. Stimmung im allgemeinen sehr wechselnd.

Einmal hat sie getan, als ob sie sich eine Schlinge um den Hals legen wollte, hatte aber dabei nichts in der Hand. In letzter Zeit hat sie mit Selbstmord gedroht. „Wenn Du nicht aus der Wohnung ziehst, wirst Du sehen, was geschieht." (Seit Mitte Februar.)

Das Gedächtnis hat in letzter Zeit nachgelassen. Sie muß sich immer sehr lange auf Ereignisse besinnen, auch fühlte sie sich immer müde."

Die Anamnese betr. Heredität, früherer Krankheiten usw. ergibt:

Eltern angeblich gesund, zwei Schwestern sind vorübergehend gemütskrank gewesen. Pat. hat sich normal entwickelt und hat gut gelernt. Menstruation mit 17 Jahren, war immer regelmäßig, dem Alkoholgenuß hat die Kranke vor 13 Jahren vorübergehend in erheblichem Maße gehuldigt. Sie war damals Kellnerin und konsumierte viel Bier und Schnaps. Seit 12 Jahren ist sie verheiratet, hat keine Kinder. Vor 7 Jahren hat sie eine Lues und eine Gonorrhoe akquiriert. 1907 litt sie an Influenza und Pleuritis, auch bestehen schon seit Jahren Schwindelanfälle und Krampfanfälle, bei denen jedoch das Bewußtsein erhalten bleibt.

Die körperliche Untersuchung ergibt außer einer Steigerung der Patellarreflexe keine Besonderheiten, die Intelligenzprüfung läßt keinen Defekt erkennen.

Pat. gibt auf Befragen bereitwilligst Auskunft; sie äußert sich über ihre Krankheit in folgenden Auslassungen:

Jetzige Krankheit:

„August 1909 hatte ich starke Kopfschmerzen, das Unwohlsein kam nicht zum Durchbruch. Ich bekam starkes Nasenbluten. Nach Konsultation des Arztes trat Besserung ein. Im Oktober 1909 hörte ich ganz plötzlich Stimmen. Als ich abends auf dem Balkon stand, sagt auf einmal jemand: „Du alte Hure“. Darüber regte ich mich sehr auf. Ein anderes Mal hörte ich die Nachbarsleute sagen: Ihr müßt Geld haben, sonst könnte Eure Tochter nicht Klavierunterricht nehmen; Ihr müßt totgeschlagen werden und wenn's drei Morde sind.“ Das andere konnte ich nicht verstehen.

Dann hörte ich (ich glaube, es kam von der Brauerei herüber) „Paß auf, Alte, wenn sie dich in den kochenden Kessel stecken werden“. Dann bin ich weggefahren. Nach drei Wochen kam ich zurück. Da erzählte mein Mann, daß es furchtbar geraucht habe. Da hörte ich, gerade als ob jemand im Schornstein wäre. Nachts rauchte es wieder. Ich hörte lautes Lärmen draußen; ich stürzte heraus, aber ich fand niemand. Dann sind wir gezogen. In der neuen Wohnung fing es wieder mit den Stimmen an, sie kamen durchs Telephon.“

Was sagten die Stimmen?

„Die haben nur gemurmelt. Ueberall hörte ich die Stimmen, es klopfte immer auf den Tisch, als ob jemandem auf den Kopf geschlagen würde. Auch hörte ich: „Hier ist eine Schindertöhle abzuholen. Schmeißt sie doch heraus“. Dann hat es geklingelt,

als wenn ein Wagen kommt, gepoltert und gehuscht. Dann hörte ich die Stimme des Verwalters: „Blut möchte ich trinken, ihr seid Blutlecker.“ Und dann kam die Frau herein und sagte: „Hier hat wieder jemand Blut geleckt“, darauf sagte er: „Das ist Almas Blut.“ Dann haben sie die ganze Nacht getan, als ob sie Kinderköpfe zerschlagen, haben gesagt, es sei Bürgerkrieg. Später haben sie gesagt: „Alle Deine Schwestern sind totgeschlagen“, (und alle deren Stimmen sind nachgeahmt gewesen).“

„Dann beschimpfte ich den Verwalter, darauf sagte er:

„Das ist Hypnotisieren und Suggerieren und drahtloses Telephon.“ Oft sagten die Stimmen: „Halten Sie Ihre Schnelle, das Vergewaltigen müssen Sie sich gefallen lassen, Ihr seid alle Huren.“

Gestalten?

„Einmal im Schlaf, einen Herrn.“

Berührungen empfunden?

„Dem Verwalter habe ich einmal die Hand gegeben.“

Krankhaft?

„Ich glaube nicht, des Verwalters Stimme habe ich genau gehört.“

Tags oder Nachts?

„Tag und Nacht überall.“

Angst?

„Ja, seitdem ich die Stimmen höre; jetzt habe ich Angst, daß sie mir die Tochter erschlagen.“

Stimmung?

„Ganz gut gelaunt. In letzter Zeit haben mich aber die Stimmen sehr erregt.“

Selbstmordgedanken?

„Ich wollte mich einmal wirklich aus dem Fenster herausstürzen.“

Gedächtnis?

„Weihnachten war ich sehr wirr im Kopf. Ich wußte nicht einmal, daß Weihnacht war. Zwei Monate wußte ich überhaupt nichts, ich konnte nicht mehr das Gas anstecken, garnichts fand ich mehr.“

Dieser Fall zeigt dieselben Symptome und denselben Entwicklungsgang wie die beiden vorhergehenden Fälle; auch hier lautet infolgedessen die Diagnose: Paranoia chronica

hallucinatoria. Die Krankheit beginnt ebenfalls mit Akoasmen, in deren Gefolge ein Verfolgungswahn auftritt.

Als ätiologisches Moment kommen neben früherem Alkoholmißbrauch gemütliche Erregungen in Betracht.

Fall 11.

Paranoia chronica hallucinatoria.

(„Physikalischer" Wahn.)

Die 34jährige Ehefrau H. kommt am 27. XII. 10 in Begleitung ihres Ehemannes in die Charité. Letzterer gibt folgendes an: Seit September 1909 leide seine Frau an Stimmenhören; sie bleibe öfter plötzlich in der Stube stehen, lege die Hand ans Ohr und sagte: „Hörst Du, jetzt sprechen sie."

Sie war der Ansicht, daß diese Stimmen von Hausbewohnern herrührten; diese sollten einen elektrischen Apparat auf dem Dache angebracht haben, vermittelst dessen sie jeden Gedanken der Patientin erfuhren. Die Kranke soll sogar einmal in der Nacht den Versuch gemacht haben, aus der Wohnung zu entwischen, um den elektrischen Strom auf dem Dach abzustellen. Trotz aller Versuche des Ehemanns, ihr den Wahn auszureden, soll sie dennoch fest von ihrer Ansicht überzeugt gewesen sein.

Die Pat. will auch elektrische Bewegungen gefühlt haben, über die sie sich auf Befragen von seiten des Arztes in folgendem äußert: „Ich fühlte Schüttelbewegungen und die Ohren waren nach der Wohnung hingezogen und er (der Verwalter) hörte, was ich dachte. Der Verwalter sagte mal: „Sie weiß doch alles, sie muß Mamsell gewesen sein."

„Ich höre meine eigenen Gedanken: Wenn ich z. B. denke: Ich bin hier in ärztlicher Behandlung, so sagt es drüben leise dasselbe."

Pat. wird aufgefordert zu denken: „Ich habe 10 000 M."

Es wurde gleich darauf geantwortet: „Ihre 10 000 M. gehen mich nichts an, ich töte Sie doch."

Oder: Denken Sie: Das Wasser ist kalt.

Antwort: „Ich antworte Ihnen nicht, Sie verraten mich."

Subjektive Anamnese:

Es entspann sich dann zwischen mir und der Patientin folgender Dialog:

Weswegen sind Sie hier?

„Weil ich dachte, ich hätte den elektrischen Strom in mir.“

Wie kommen Sie darauf?

„Ich war immer bei Verstand, mir war so, als hätte ich den elektrischen Strom in mir, was ich dachte, hörte ich alles, mir ist so, als ziehe ich den elektrischen Strom an; der wurde mir geleitet immerzu in den Kopf, dann wurde ich wie betäubt; wenn er klar wurde, fühlte ich, wie er in die Brust ging, mein Herz klopfte mir so. Dann wurde er wieder in den Kopf geleitet, dabei wurde mir schwindlig, und das Herzklopfen hört auf. Der Strom ging stark und schwach zu machen, ich hatte aber stets meinen Verstand dabei. Ich habe die ganze Wirtschaft dabei versorgt. Ich konnte machen, was ich wollte, ich hörte immer meine Gedanken, eine Herren- und Damenstimme; letztere sagte: „Abzulenken geht es nicht, Sie müssen sterben.“ Ich hörte immer meine Gedanken in den elektrischen Drähten von den Dächern; z. B. „ist es möglich, die arme Frau ist elektrisch und eine Gelehrte.“

Pat. schrie dabei öfter: „Lenken Sie mich ab“. Sie hörte fortwährend eine Männerstimme: „Ich kann nicht, ich kann nicht ablenken, wenn ich die Membrana nehme, sind Sie weg, Sie sind in der Membrana“. Die Frauenstimme sagte: „Mein Gott, die arme Frau, und wie gelehrt.“

Seit wann fühlen Sie diesen elektrischen Strom?

„Seit ungefähr September ist mir der elektrische Strom hineingeleitet worden.“

Wie hineingeleitet?

„Ein Herr hat es gemacht, weil ich in dem Strom wohnte und durch mich hat er eine Probe versucht.“

Was für Probe?

„An der Hand habe ich es gefühlt, wie der Strom hineinfuhr.“

Waren Sie nicht mit dem Herrn zusammen?

„Ja, er hat unter mir gewohnt, ich wohnte in der Dachwohnung und die Ströme waren verbunden; sie gingen vom Dach aus, durch meine Dachwohnung hindurch. Die Drähte waren oben an der Wand. Der Herr hatte ein Kontor mit elektrischem Anschluß, der Herr hat meine Gedanken mit dem elektrischen Strom verbunden.“

Wie hat er das gemacht?

„Wie, das weiß ich nicht. Die Kraft muß sich in mir allmählich durch die lange Zeit entwickelt haben, meine Gedanken sind elektrisch geworden. Was ich dachte, wußte der Herr schon.“

Wie konnte er das?

„Ich war direkt wie eine Membran, ich hörte alles, was ich dachte und was der Herr und die Dame zu mir sprachen."

Halten Sie das für Wirklichkeit?

„Ja."

15. II.

Haben Sie Angst?

„Nur wenn der Strom nach dem Herzen kommt, habe ich ein beklommenes Gefühl."

Fühlen Sie sich verfolgt?

„Von einem Herren, Verwalter des Hauses, von dem gingen die elektrischen Strahlen aus."

Haben Sie Selbstmordgedanken gehabt?

„Nein."

Sind Sie vergeßlich geworden?

„Durch die Angst, daß ich meine Gedanken hörte."

Die Erhebung der Anamnese fördert über das Vorleben, Heredität usw. noch folgendes zu Tage:

Der Vater war ein starker Trinker; „er ist", wie die Kranke angibt, „eines Tages in seinem Suff weggegangen und seitdem verschollen". Die Mutter ist immer schwermütiger Stimmung gewesen.

Pat. selbst hat sich normal entwickelt und ist auch in der Schule gut mitgekommen. Die Menses waren immer regelmäßig; seit 1902 ist sie verheiratet und hat drei lebende Kinder geboren. In der Ehe hat sie starke gemütliche Erregungen durchgemacht, da ihr Geschäft zu Grunde gegangen war. Auch hat sie starke Zweifel an der Liebe ihres Mannes gehegt; dem Arzt gegenüber behauptet sie sogar: „Mein Mann hat mich aus Rache geheiratet." Infolgedessen ist sie dem Mann wiederholt davongelaufen und hat auch ihren Gatten durch ihr Benehmen veranlaßt, sich zuweilen für einige Zeit von ihr zu trennen, die Liebe zu den Kindern führte die beiden Eheleute jedoch immer wieder zusammen. Pat. hat durch diese Mißstände viel Kummer gehabt, wozu noch der Gram um ihren „Jugendgeliebten" kam, den sie, da er arm war, nicht hatte heiraten können.

Alle diese Angaben macht Pat. mit großer Sicherheit, auch werden dieselben vom Ehemann bestätigt. Die vorgenommene körperliche Untersuchung ergibt außer einer leichten Steigerung der Reflexe keine Besonderheiten; in intellektueller und affektiver Hinsicht sind keine Störungen nachweisbar.

Epikrise.

Dieser Fall stellt einen beinahe typischen sogenannten

„physikalischen Wahn“ dar, d. h. die Kranke glaubt sich durch elektrische Apparate beeinflußt: Man hat ihre Gedanken auf elektrischem Wege erfahren; sie fühlte Schüttelbewegungen, die sie dem Einfluß des elektrischen Stromes zuschrieb; auch wurde der elektrische Strom bald schwach, bald stark durch ihren Körper geleitet. Diesen Wahn leitet sie aus den Sinnestäuschungen, speziell den haptischen und Gehörshalluzinationen her. Die Halluzinationen zeichnen sich durch ihr langsames und allmähliches Auftreten aus; infolgedessen konnte sich bei der Patientin sekundär ein systematischer Verfolgungswahn entwickeln.

Diagnose: Paranoia chronica hallucinatoria.

Aetiologie: Beiderseitige erbliche Belastung. Als auxiliäre Ursachen sind die zahlreichen langdauernden Gemütserregungen im ehelichen Leben anzusehen.

Fall 12.

Paränoia chronica hallucinatoria.

Am 7. I. 1910 wurde die 55jährige Ehefrau A. K. durch ihren Ehemann der Charité (Psych. Klinik) zugeführt.

Die Fragen nach ihrem Vorleben, nach Familienverhältnissen usw. beantwortete sie in sachgemäßer Weise. Sie gibt an, als Kind an Rachitis gelitten zu haben. In der Schule ist sie angeblich nicht gut mitgekommen. Seit ihrem 30. Lebensjahr leidet sie an Ohnmachtsanfällen, die mit Zuckungen der Hände und Füße einhergehen sollen; dabei ist sie jedoch bei Bewußtsein.

1882 hat sie sich verheiratet, von 3 Kindern sind 2 am Leben.

Potus, Trauma, sexuelle Exzesse haben angeblich nicht stattgefunden.

Ihre jetzige Krankheit besteht seit vorigem Jahr. Nach den Angaben des Ehemanns äußert sich dieselbe folgendermaßen: Seit einem Jahr behauptet die K. von Verwandten verfolgt zu werden. Versuche des Ehemanns, ihr dieses auszureden, machten die Sache eher schlimmer als besser. Sie ist sehr erregt, weint viel und schläft wenig.

Auch ihren Mann hatte sie in Verdacht, daß er mit den Verwandten unter einer Decke stecke. In der letzten Nacht z. B. behauptete sie, daß durch die Zimmerdecke Löcher gebohrt worden seien, durch welche ihre Verwandten und auch ihr Mann sie beobachteten. Sie hat außerdem bereits seit längerer Zeit schimpfende Stimmen gehört, die sie als die ihrer Verwandten, ihres Mannes und ihres Sohnes erkannte. Auch die Polizei hat an dieser Verfolgung teilgenommen; der Sohn soll ihr Gift auf das Kloset gestreut haben usw.

Patientin gibt auf Befragen diese Dinge zu; sie fügt noch hinzu, daß sie im Anfang über die Stimmen gelacht habe und ihren Verwandten — denn diesen gehörten die Stimmen an — zugerufen hätte, sie möchten lieber eine Tasse Kaffee mit ihr trinken als fortwährend schimpfen. Später habe sie große Angst bekommen und

habe sich nicht getraut, irgend etwas zu tun, aus Furcht, daß sie beschimpft würde.

Wenn sie z. B. irgend etwas verrichtete, hörte sie gleich schimpfen, ungefähr so: „Na, seht doch die alte Sau; jetzt nimmt sie das und das“ . . . usw.

Sie ist von der Realität der Stimmen überzeugt; den Gedanken einer Täuschung weist sie von sich.

Auch in der Charité ist sie von den Stimmen belästigt worden; Gestalten hat sie nicht gesehen; sie hat aber gemerkt, daß man ihr nachgehe, um sie zu beschimpfen; wenn sie dann stehen bleibt, bleiben auch die Stimmen stehen. Sie hört dieselben von verschiedenen Richtungen, von hinten, von der Seite, von oben.

Auf den Einwand des Arztes, daß ihre Verwandten doch nicht in der Charité anwesend wären, erklärt sie: „Die haben eben andere Leute abgeschickt, die mich verfolgen sollen; meine Verwandten hassen mich eben.“ Einen Grund für diesen Haß kann sie nicht angeben. Infolge der Beschimpfungen ist Pat. sehr ängstlich geworden, vor Schreck kann sie oft kein Wort sprechen, die Kehle ist manchmal wie „zugeschnürt“ usw. Im übrigen ist Pat. völlig orientiert, zeigt keinerlei Spur eines Defektes.

Dieser Fall reiht sich den Fällen 8—11 völlig gleichwertig an; alles, was dort für das Wesen der Krankheit in Frage kommt, trifft auch hier zu. Auch hier muß darum die Diagnose: Paranoia hallucinatoria chronica lauten.

Da es sich um eine Frau im Klimakterium handelt, so werden wir wohl nicht fehlgehen, wenn wir diesen Umstand als einen erheblichen ätiologischen Faktor betrachten.

Fall 13.

Paranoia chronica hallucinatoria.

Pat. E. L., 25 Jahre alt, aufgenommen den 3. IV. 1910.

Beruf: Supernumerar beim Polizeipräsidium.

Anamnese:

Der Kranke wird am 3. April 1910 von seiner Mutter und seiner Schwester zur Charité geleitet. Er ist bei der Aufnahme ruhig und zeigt sich über Ort und Zeit gut orientiert.

Die Eltern sind gesund; eine Schwester der Mutter ist geisteskrank gestorben, außerdem ist ein Vetter und ein Onkel mütterlicherseits geisteskrank. Pat. hat rechtzeitig Gehen und Sprechen gelernt; er soll als Kind immer sehr heftig gewesen sein. Von früheren Erkrankungen sind zu erwähnen: Masern, Scharlach, Keuchhusten und 1901 „Blinddarmentzündung". Die Fortschritte in der Schule waren anfangs befriedigend, jedoch hat er von der Secunda ab nicht mehr so gut gelernt wie früher. Nachdem Pat. $1^3/_4$ Jahre in Unterprima gesessen hatte, ging er vom Gymnasium ab, wurde dann Landmesser; nachträglich versuchte er, das Reifezeugnis als Extraneus zu erlangen, fiel aber im Mündlichen durch. Er arbeitete ein Vierteljahr als Bankeleve, lief aber dann, angeblich wegen schlechter Behandlung, weg. Nachdem er dann auf der Kreiskasse und dem Landratsamt zu H. als Volontär gearbeitet hatte, wurde er als Supernumerar beim Polizeipräsidium in Berlin beschäftigt.

Die Examina haben ihn zu intensiver Arbeit veranlaßt, im Beruf hat er jedoch keine Ueberanstrengung gehabt. Da seine Leistungen auf der Polizei nicht genügten, wurde er am 1. IV. 1910 entlassen.

Potus: viel Bier und zuweilen auch Schnaps.

Nikotin: sehr starker Raucher; täglich ungefähr 40 Zigaretten.

Geschl. Infektion: —

Sexuelle Exzesse: kein geschlechtlicher Verkehr, jedoch außerordentlich starke Onanie bis zur Gegenwart.

Jetzige Krankheit:

Seine jetzige Erkrankung besteht angeblich seit 1906; bereits 1905 hatte Pat wegen verschmähter Liebe einen Selbstmordversuch gemacht, indem er sich eine Kugel in die Schläfe schoß. Während seiner Bankelevenzeit glaubte er sich zum erstenmal und zwar von Kaufleuten beobachtet. Auch in H. bestanden diese Ideen weiter. Wenn er abends im Bett lag, so sah er Lichtstreifen an den Wänden und vermutete, daß die Kaufleute ihn mit Hilfe dieser Lichtstrahlen beobachteten. Am Tage glaubte er mit Hilfe des Sonnenlichtes beobachtet zu werden. Auch in seinem Zimmer hielt er sich nicht für sicher, „da sich doch überall noch ein kleines Löchlein finde, wodurch einer Licht werfen könne."

Er lief hier in Berlin öfter mit einem Spiegel im Zimmer umher, um die Lichtstrahlen, mit denen er sich beleuchtet glaubte, aufzufangen und sie an die Wand zu werfen, um hierdurch den Beweis zu erbringen, daß er beleuchtet würde.

Jedoch kamen ihm hierbei Zweifel über die Realität der „Lichtstrahlen", da „die Gegenstände seines Zimmers keine Schatten werfen, was sie doch hätten tun müssen, wenn Licht auf sie gefallen wäre." Auf der Straße glaubte er sich von den Leuten verspottet, verlacht und ausgepfiffen. Weihnachten 1906 vergriff er sich tätlich an einem Knaben, weil dieser hinter ihm her gepfiffen habe, um ihn zu verulken.

Auch hörte Pat. Stimmen, sowohl laut als auch im Flüsterton. Diese Stimmen rühren seiner Ansicht nach von einem „Suggereur" her, der ihn alles mögliche fragt und ihm allerlei befiehlt. So z. B. muß er auf Befehl des Suggereurs im Zimmer auf und ab gehen und „Dinge reden, die ihm noch nie vorgekommen" sind. Er vermutet, daß der Suggereur im Auftrage der Polizei arbeite, da die Beeinflussungen seit seinem Antritt auf dem Polizeipräsidium schlimmer geworden seien. Er ist auch zu einem Rechtsanwalt gegangen, um den Polizeipräsidenten zu verklagen, weil dieser an der Suggestion Schuld sei. Er könne infolgedessen nicht arbeiten, die Gedanken würfen sich durcheinander, da er alles mögliche zu gleicher Zeit denken müsse. Er ist der Ansicht, daß die Polizei ihn beleuchte, um allen Leuten zu zeigen, daß er anoniere.

Auch an seinem Körper nimmt Pat. die Einwirkung der „Suggestion" wahr, indem er Druck auf den Kopf, Stiche im Rückgrat und Zuckungen gleich elektrischen Strömen verspüre; der Suggereur zapft ihm den Samen ab usw. Alle diese abnormen Empfindungen werden nach Behauptung des Kranken durch die Zimmerdecke suggeriert.

Neben solchen unangenehmen Gefühlen herrschen bei Pat. auch

Wollustgefühle in hohem Maße vor. Auch diese werden ihm suggeriert; so sagt er z. B.: „Ich onaniere nur, wenn mich der Suggereur zum höchsten Wollustgefühl erregt und mir dabei bestimmte Bilder darstellt.“ Auf die Frage, welcher Natur die Bilder seien, erwidert er: „Unzüchtige Bilder, z. B., daß Mädchen sich entblößen, sich schlagen, oder sich den Hinteren aufmachen und den Finger gegenseitig hinten reinstecken; meist solche im Backfischalter.“ Es sei ihm auch suggeriert worden, er solle in Tegel, am Wannsee, im Tiergarten usw. sich die Mädchen ansehen. Hierdurch habe er dann zuweilen Pollutionen gehabt.

Ferner gibt er noch an, daß der Suggereur ihn zuweilen in „normalem Bilde“, meist aber im „falschen Bilde“ onanieren lasse. Das „normale Bild“ ist nach seiner Angabe das des Coitus, welches ihm dann bei dem onanistischen Akt vorschwebe, das „falsche Bild“ stellt sich in der Weise dar, daß sich zwei Mädchen auf den Hinteren schlagen oder daran herumspielen.

Die Wollustgefühle werden beim Pat. auch noch durch andere Momente ausgelöst. So gibt er z. B. an, daß er oft Schläge wie von einer Schlaguhr herrührend vernehme; bei diesen Schlägen könne er das Wollustgefühl nicht beherrschen, bei sieben Schlägen träten dann Bilder auf: schwarze Sachen, Schatten an der Wand usw.; jedoch keine bestimmte Gestalten. Auch diese Erscheinung führt er auf die Einwirkung des Suggereurs zurück.

1909 gab Pat. einem Kollegen ein paar Ohrfeigen, weil er sich von ihm veralbert glaubte, und weil „der Suggereur das Wollust- und Ehrgefühl“ erweckt habe.

Hier in der Charité hatte Pat., als er eines Abends zu Bett ging, auf den Fensterscheiben ein Bild gesehen, das nach seiner Ansicht eine Operation darstellte; den Kranken hatte er nicht gesehen, nur eine Anzahl Leute, die im Kreis herumstanden. Dabei hatte er starken Kopfdruck. Er ist der Ansicht, daß auch die Charité mit dem Suggereur in Verbindung stehe!

Seine sexuellen Phantasien zeigen sich auch hier in ungeschwächtem Maße; einmal sagte er u. a.: „Ich will 10 000 Backfischchen mit weißen offenen Höschen. Die müssen sich alle den Hinteren krabbeln. Die Prinzessin bekommt 25 auf den nackten Hinteren.“

Als ein Nachbarpatient den Besuch seiner Frau und seiner 12-jährigen Tochter erhält, fragt er letztere, ob sie weiße Höschen habe und fordert sie auf, sich zu ihm ins Bett zu legen. Ein andermal sagt er zum Arzt: „Werfen Sie mich zwischen 10 Millionen Backfischchen.“ Nach der Ursache dieses Wunsches befragt, erwidert er: „Ich habe das Sexualgefühl für Backfische.“

Ermahnungen, nicht so unanständig zu sein, finden kein Verständnis; einmal jedoch verteidigt er sich, indem er der Onanie die Schuld gibt: „Das sind die Vorstellungen, die durch die Onanie gekommen sind.“

Auch Größenideen sind bei ihm zutage getreten: er verspricht jedem Patienten einen Becher Burgunder; er selbst trinke zwei, da er der Stärkste und der König von Rom sei.“

Die körperliche Untersuchung ergibt an den inneren Organen nichts Krankhaftes.

Die rechte Pupille ist atrophisch und zeigt narbige Veränderungen. Dieser Zustand ist als Folge der Schußverletzung (1905) anzusehen.

Die Ohrläppchen sind angewachsen; vorn an der Stirn befindet sich ein Wirbel.

Die Prüfung der Intelligenz läßt dieselbe als intakt erkennen.

Epikrise.

Das Bild, was sich uns hier bietet, ist ein sehr mannigfaltiges. Es handelt sich um einen Menschen, der schon als Kind gewisse Eigentümlichkeiten zeigte; zur Zeit der Pubertät traten dieselben stärker hervor, auch machte sich Hang zur Onanie geltend.

Seine 1906 ausgebrochene Erkrankung hat sich bis zur Gegenwart allmählich entwickelt. Die Verfolgungsideen sind vom Kranken auf immer weitere Kreise ausgedehnt worden; zuerst haben ihn die Kaufleute beobachtet, dann hat die Polizei hinter ihm her spioniert, die Charité ist ebenfalls mit im Komplott, auch die Leute auf der Straße verhöhnen ihn, kurz: alles hat sich gegen ihn verschworen.

Die auslösende Ursache dieser Wahnideen ist in den Halluzinationen zu suchen, denen Patient ständig ausgesetzt ist.

In seinen Verfolgungsideen spielt das sexuelle Moment eine große Rolle; der „Suggereur“ zapft ihm den Samen ab, zwingt ihn, an Mädchen zu denken und dabei zu onanieren usw.

Bei der Formulierung der Diagnose ist zu berücksich-

tigen, daß der Inhalt der Halluzinationen bizarrer Natur ist und daß mehrere Affektstöße aufgetreten sind, so daß eine Dementia paranoides in Betracht kommen könnte. In Anbetracht des Umstandes jedoch, daß bei dem Kranken ein Wahnsystem besteht, das sich durch den ganzen Verlauf der Krankheit verfolgen läßt, und daß keine Störungen des Intelligenz- und Gemütslebens vorhanden sind, ist von der Diagnose Dementia paranoides Abstand zu nehmen und eine Paranoia als vorliegend zu erachten. Da es sich um primäre Halluzinationen, die in den Vordergrund des Krankheitsbildes treten, handelt, so ist die Diagnose Paranoia hallucinatoria gerechtfertigt.

Aetiologie: Erbliche Belastung seitens der Blutsverwandten.

Auxiliäre Momente: Nikotin- und Alkoholmißbrauch; außerdem Gemütserregungen.

Fall 14.

Chronische hysterische Paranoia mit Hyperphantasien auf sexuellem Gebiete.

(Paranoia chronica hysterica.)

Am 18. II. 1910 wird die 30jährige Verkäuferin M. durch die Kgl. Staatsanwaltschaft zwecks Beobachtung ihres Geisteszustandes in die Charité gebracht.

Die Vorgeschichte ist folgende:

Im November 1907 übernahm der Stabsarzt Dr. W. auf Veranlassung eines ihm bekannten Herrn die Behandlung der M. Die Art der Behandlung weiß der betr. Arzt nicht mehr mit Sicherheit anzugeben, vermutet jedoch, daß er Tampons, mit Thigenol getränkt, in die Scheide eingeführt hat. Während des Winters 1907/08 übernahm während einer Reise des Dr. W. dessen Vertreter Dr. N. die Behandlung. Nach der Rückkehr des Dr. W. erschien die M. wieder in dessen Sprechstunde zwecks Behandlung; diese bestand dann in Puderungen mit Sumitates sabinde. Da der oben benannte Herr T. die Kosten der Behandlung nicht mehr tragen wollte, so behandelte Dr. W. die Patientin noch einige Zeit unentgeltlich und gab ihr dann das Pulver mit entsprechenden Anweisungen zur weiteren Selbstbehandlung.

Kurz darauf kam jedoch Pat. wieder mit der Angabe, sie könne die Pulvereinstreuungen nicht selbst machen; es wurde ihr nun eine 20 % Resorcinzinkpaste verschrieben. Am 20. VII. 08 erschien die M. von neuem in der Sprechstunde des Dr. W. und erklärte in großer Aufregung, die verschriebene Salbe sei eine Liebessalbe; ein befreundeter Apotheker habe gesagt, das wäre ein schöner Arzt, der derartiges verschriebe. Die Salbe habe sie in eine derartige geschlechtliche Erregung versetzt, daß sie jeden Mann auf der Straße ansprechen möchte. Kurz vorher hatte sie jedoch dem Arzt erklärt, daß sie die Salbe garnicht gebraucht habe, auch hatte sie ihm öfters zu verstehen gegeben, daß sie durch die Unmöglichkeit,

während ihrer Krankheit geschlechtlich verkehren zu können, sehr leide.

Der Besuch der Sprechstunde wurde ihr nun verboten. Sie schrieb darauf mehrere Briefe an den Arzt; in einem derselben heißt es: „Ich bin und bleibe für Sie ein vollständig willenloses Objekt. Machen Sie mit mir, was Sie wollen und verfügen Sie über mich."

In einem späteren Brief gibt sie dann der Ansicht Ausdruck, daß sie hypnotisiert worden sei. Alle diese Briefe ließ der Arzt unbeantwortet. Verschiedene Patienten warnten zur selben Zeit den Dr. W. vor einer scheinbar geistig nicht normalen Person, welche erzählt habe, daß Dr. W. sich schwer an ihr vergangen habe. Diese Person war die Patientin M.; sie hatte sich den Patienten gegenüber als die Frau eines Reisenden der Firma Sarotti ausgegeben.

Am 24. VII. 09 ging die M. auf das Bureau des betr. Regimentes, bei welchem der Stabsarzt W. stationiert war und gab dort an, daß sie annehmen müsse, von Dr. W. in bewußtlosem Zustand während der Behandlung geschlechtlich mißbraucht worden zu sein. Gegen Dr. W. wurde daraufhin ein Ermittlungsverfahren wegen Sittlichkeitsverbrechen eingeleitet. Irgendwelche Tatsachen für ihre Behauptung konnte die M. nicht angeben; das Verfahren gegen Dr. W. wurde darum eingestellt.

Die M. richtete nun von neuem einen Brief an Dr. W., in dem sie um ein Darlehen bat; andernfalls würde sie sich an den höchsten Vorgesetzten des Dr. W. wenden. Das Regiment, dem Dr. W. den Brief übergeben hatte, erstattete Anzeige bei der Staatsanwaltschaft. Bei der Vernehmung durch dieselbe gab die M. an, daß sie von Dr. W. geschlechtlich nicht mißbraucht worden sei; jedoch habe sie infolge der Behandlung des Dr. W. eine sehr starke geschlechtliche Erregung überkommen, durch die sie in die Arme eines ihr unbekannten Mannes getrieben worden sei, von dem sie schwanger geworden sei. (NB. Die M. hat in der Tat am 15. IX. 09 ein Kind geboren.)

Sie schrieb dann noch einen Brief an Dr. W., in dem sie ihn beschuldigte, der Vater ihres Kindes zu sein und mit weiteren Schritten drohte.

In der Gerichtsverhandlung erklärte die M.: „Vom ersten Augenblick an fühlte ich mich zu Herrn Dr. W. hingezogen. Ich meine, daß mein Kind von Dr. W. stammt. Ich glaube, er hat mich hypnotisiert." Die Briefe will sie in willenlosem Zustande geschrieben haben.

Auf Antrag des ärztlichen Sachverständigen wurde dann die

M. zwecks Beobachtung ihres Geisteszustandes der Charité zugeführt.

Hier wird folgendes festgestellt: Die M. stammt aus gesunder Familie; die Entwicklung der Pat. war eine normale. Vor 9 Jahren hat sie Gesichtsrose gehabt; die Menses sind seit dem 16. Jahre bis zum Eintritt der Schwangerschaft regelmäßig gewesen; am 15. IX. 09 hat sie ein lebendes Kind geboren; wahrscheinlich hat sie vorher 1 oder 2 Fehlgeburten gehabt. Sie ist in verschiedenen Geschäften und Berufen Verkäuferin gewesen; besonders in der letzten Zeit hat sie ihre Stellung häufig gewechselt, „wohin sie aber Herr Dr. W. geschickt hätte, dahin wäre sie gegangen."

Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten, ein Intelligenzdefekt ist nicht nachzuweisen.

Ueber ihr Verhältnis zu Dr. W. befragt, erklärt sie, daß Dr. W. der Vater ihres Kindes sei. Sie weiß nicht, ob sie mit ihm verkehrt hat, da der Verkehr ohne Zweifel in der Hypnose stattgefunden habe. „Wie oft mag ich bei ihm ewesen sein, ohne daß ich etwas davon weiß." Ihre Wirtin habe sich gewundert, daß sie so oft erst nachts 2 Uhr nach Hause komme; sie (Pat.) sei der Meinung gewesen, daß sie schon um 9 Uhr im Bett gelegen habe; ohne Zweifel müsse sie bei Dr. W. gewesen sein, ohne etwas davon gewußt zu haben. Verschiedene Aerzte, die sie noch konsultiert habe, hätten alle erst in ihrem Buch nachgesehen und gefragt, ob sie noch da wohne. Das müsse alles ein großes Komplot gewesen sein, die müßten alle unter einer Decke stecken.

Sie gibt dann einmal mit voller Bestimmtheit an, daß Dr. W. ihre Geschlechtsteile geküßt habe; als ihr der Arzt entgegenhält, daß sie ja doch betäubt gewesen sei, erwidert sie: „Ich war völlig sinnlos; als ob jemand mir das Mark aus den Knochen zog, so ist es gewesen." Kurz zuvor hatte sie angegeben, daß sie nicht wisse, ob Dr. W. ihre Geschlechtsteile geküßt habe.

Weiterhin sagt sie: „Es war eine Kraft, die zog mich immer zu ihm hin; Herr T. hat mir prophezeit, 3 Jahre muß ich ertragen, bis wir uns kriegen."

Auch bei der Behandlung durch den Stellvertreter des Dr. W. will Pat. ganz betäubt gewesen sein. „Auch wenn Dr. N. mich ansah, war ich wie elektrisiert."

Epikrise.

Bei der Diagnosenstellung dieses Falles sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: die Patientin hat in

steigender Reihenfolge eine Menge Beschuldigungen gegen den Dr. W. vorgebracht, die sich durch die sinnlosen Widersprüche von vornherein als unwahr erkennen lassen. So sagt sie z. B. einmal, daß die Salbe sie in große geschlechtliche Erregung versetzt habe, während sie kurz zuvor angegeben hat, die Salbe gar nicht benutzt zu haben.

Ein andermal sagt sie: „Ich weiß genau, daß Dr. W. meine Geschlechtsteile geküßt hat," dann bemerkt sie wieder: „Ich war völlig sinnlos, wie betäubt", außerdem gab sie auch einmal an, daß sie überhaupt nicht wisse, ob Dr. W. ihre Geschlechtsteile geküßt habe.

In der Gerichtsverhandlung „meint" sie, daß sie ihr Kind in der Hypnose von Dr. W. empfangen habe, in der Charité behauptet sie es sogar bestimmt, während sie bei der ersten polizeilichen Vernehmung angegeben hatte, daß sie von einem unbekannten Manne schwanger geworden sei. Alle diese Widersprüche vermögen sie dennoch nicht von der einmal gefaßten Idee, daß sie mit Dr. W. in sexuellen Beziehungen gestanden habe, abzubringen.

Der hier zutage tretende Wahn ist als der Ausfluß einer pathologisch gesteigerten Phantasietätigkeit anzusehen. Wir wissen, daß speziell bei der Hysterie sehr häufig inhaltliche Fälschungen im Sinne von Erinnerungsentstellungen und Täuschungen vorkommen, daß es zu einer völligen Transformation von Erinnerungsbildern kommt. Diese hysterischen Entstellungen machen sich nicht selten schon bei objektiven, mit der Person des Kranken in keiner Beziehung stehenden Erinnerungen geltend, in besonders starkem Maße jedoch, wenn es sich um eigene Erlebnisse handelt. Gewöhnlich besteht eine Neigung, die Ereignisse in vergrößertem Maßstabe mit phantastischem Aufputz wiederzugeben.

In unserem Falle ist dieser Zug besonders ausgeprägt; die Ideen der Patientin zeigen sich durchweg als Hyperphantasien auf sexuellem Gebiet: Die ärztliche Behandlung wird zum sexuellen Mißbrauch, die Patientin war immer

wie hypnotisiert; der Koitus ist in der Hypnose ausgeführt worden usw. Nicht immer sind jedoch derartige hysterische Erzählungen auf die Pseudologia phantastica zurückzuführen, oft sind auch ethische Abnormitäten der Kranken, speziell Rachsucht, als ursächlich anzusehen. Gerade in unserem Falle ist es nicht ausgeschlossen, daß ein derartiges Moment mit in Frage kommt. Die Anzeige beim Regiment erweckt in höchstem Maße den Eindruck, als ob hier ein Racheakt wegen des Verbotes des Sprechstundenbesuches vorliege.

Alle diese Umstände lassen den starken hysterischen Zug im Wesen der Patientin erkennen. Die Hysterie zeigt sich in diesem Falle mehr auf physischem als auf körperlichem Gebiete.

Beachten wir nun außerdem, daß ein langsam entstandener Wahn ohne primäre Affektstörungen und ohne Intelligenzdefekt vorliegt, so werden wir zu dem Schlusse gelangen, daß es sich um eine Paranoia chronica simplex handelt. Da außerdem, wie eben ausführlich dargelegt, das ganze Gefüge des Wahnes den hysterischen Status mit ausgesprochenen psychischen Merkmalen verrät, so sind wir wohl berechtigt, von einer besonderen Form der Paranoia, der Paranoia chronica hysterica zu sprechen.

Daß die Aetiologie dieses Falles in der bestehenden Hysterie zu suchen ist, bedarf wohl weiter keines besonderen Nachweises.

Fall 15.

Hysterische Paranoia chronica.

Die 30jährige Verkäuferin H. ist bereits vor zwei Jahren (1908) wegen geistiger Erkrankung in Herzberge gewesen. Sie hat damals einen Selbstmordversuch gemacht und ist auch gegen ihre Eltern gewalttätig gewesen. Der damalige Ausbruch der Krankheit wird von den Eltern darauf zurückgeführt, daß Pat. von ihrem Bräutigam verlassen worden war, worüber sie sich sehr gegrämt hatte. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten; Pat. gibt an, vor 8 Jahren eine Unterleibsoperation durchgemacht zu haben; dem Alkoholgenuß hat sie, da sie öfters als Kellnerin arbeitete, in ziemlichem Maße gehuldigt, außerdem sind auch verhältnismäßig häufig sexuelle Exzesse vorgekommen; von Geschlechtskrankheiten hat Pat. eine Gonorrhoe durchgemacht. Von heriditären Verhältnissen ist Potus des Vaters zu erwähnen, sowie Geisteskrankheit des Großvaters väterlicherseits.

Ihre jetzige Erkrankung äußert sich, wie Pat. selbst angibt, in anfänglicher Traurigkeit. Sie fühlt sich unglücklich, da sie an einer Herzerweiterung zu leiden glaubt. Auch wähnt sie, von ihren Eltern von Jugend auf unterdrückt worden zu sein, da ihre Eltern Verbrecher seien. Der Vater soll nämlich, wie sie angibt, ihre kleine Schwester ermordet haben, Pat. will selbst die Wunde gesehen und gehört haben, wie die Eltern beteten, Gott möge das Kind zu sich nehmen. Bei einer anderen Gelegenheit sagt sie jedoch: „Wirklich gesehen habe ich es nicht, aber ich hab's gefühlt; aus den Tatsachen, die ich gesehen habe, kann ich schließen, daß ein Mord, und zwar ein Lustmord vorliegt." Diese Handlung soll vor 20 Jahren geschehen sein. Sie erzählt dann auch, daß sie als kleines Kind von ihrem Vater unsittlich berührt worden sei. Später habe er sie durch Schläge gezwungen, durch Unzucht Geld zu verdienen.

Auf die Frage, ob sie sich verfolgt fühle, antwortet sie: „Ja, aber nicht wörtlich gemeint, ich fühle mich verfolgt von dem Geiste meiner Eltern, da Kinder solcher Eltern doch nicht glücklich werden können."

Weiterhin fährt sie fort: „Ich kann mich nie freuen, aber ich würde mich freuen, wenn ich viel Geld hätte; ich hätte dann meinen Schatz aufgesucht, er würde meine Seele aufnehmen, und ich wäre dann gesund.“

Stimmen hat Pat. angeblich nicht gehört, auch keine Gestalten gesehen, Suicidgedanken bestehen nicht.

Die Untersuchung ergibt keine Besonderheiten; die Intelligenz ist intakt.

Es handelt sich hier um einen Fall analog dem Fall 14. Die hysterische Paranoia chronica, welche auch hier vorliegt, zeigt jedoch nicht derartig stark ausgeprägte Züge wie jene. Auch in diesem Falle spielen die Erinnerungsfälschungen die Hauptrolle; die Hysterie ist auch hier mehr auf das psychische Gebiet mit ihren Widersprüchen beschränkt.

Aetiologie: Schwere Belastung von väterlicher Seite und langdauernde Gemütserregungen. Chronischer Alkoholismus. Sexuelle Exzesse. Hysterie.

Die zwei folgenden Fälle von Dementia paranoides möchte ich als Gegenstücke zu den vorhergegangenen Fällen anführen.

Fall 16.

Dementia paranoides.

Patient R. K.

Geburtsjahr und Tag: 14. 11. 1887.

Aufgenommen in die psychiatrische Klinik der Charité: 30. 12. 1909.

Referent: Vater.

Heredität: —

Pat. ist normal geboren.

Sprechen und Gehen rechtzeitig gelernt.

Kinderkrankheiten: Diphtheritis, Masern.

Schulbesuch: einklassige Dorfschule. Pat. hat gut gelernt.

Beruf: Als Bäcker gelernt, öfter Stellung gewechselt, weil er sich mit seinen Kollegen nicht „stellen" konnte, da er sich an deren Vergnügungen nicht beteiligte. Pat. hat bis zum 23. XII. gearbeitet.

Militärdienst: wegen unbekannter Ursache frei.

Krankheiten im späteren Leben: Diphtherie, Weihnachten 08.

Potus: —

Onanie, früher als Kind.

Beginn der jetzigen Krankheit.

(Schilderung des Vaters.)

Am 24. XII. 1909, morgens 6 Uhr, ging Pat. von der Arbeit weg, da er das innere Gefühl hatte, es sei irgend etwas passiert. Er ging zwei Häuser weiter zu einem Verwandten, der sich wunderte, was er so früh bei ihm wollte. Er fragte dort, ob seine Kusine Frieda tot sei. Diese war am Abend vorher etwas unwohl gewesen, aber es war keine Rede davon, daß es lebensgefährlich sei. Als er hörte, daß seine Verwandte am Leben sei, behauptete er: „Ich habe sie gerettet, wenn ich nicht gekommen wäre, wäre sie gestorben." Dabei faßte er seinen Onkel an, zitterte am ganzen Körper und war aufgeregt. Auf Vorhalt, wie er darauf käme, erwiderte er: „Eine innerliche Stimme, die von Gott kommt, hat es mir gesagt." Er ließ sich dann beruhigen und arbeitete bis Mittag, machte seine

Arbeit aber nicht ganz fertig. Während der Feiertage fuhr er nach Hause zu seinen Eltern mit der Schwester zusammen. Er kam seinen Eltern zuerst nicht verändert vor, obgleich diese auf sein seltsames Verhalten aufmerksam gemacht waren. — In der Nacht vom 1. zum 2. Feiertage ging Pat. seinem Vater nach, der ein Bedürfnis verrichten wollte. Auf Vorhalt sagte er: er hätte Angst um seinen Vater gehabt, daß er sich ein Leid antun könnte. Der Vater dachte gar nicht daran.

Als sein Vater weinte, fragte er warum, und sagte, seine 20jährige etwas verwachsene Schwester sei doch gesund oder sei sie tot? Forderte den Vater auf, hinunterzugehen und nachzusehen. Der Vater tat das nicht. Der Sohn behauptete: „Gott hätte ihm das auch gesagt." — Am 2. Feiertage behauptete er einem Mädchen gegenüber, die schon zwei Jahre verlobt war, sie würde ihren Verlobten nicht kriegen. Die Braut nahm ihm das nicht weiter übel und stellte ihn nicht zur Rede, weil sie seinen Zustand kannte. Seinen Eltern erzählte Pat. nachher noch, er würde dieses Mädchen heiraten, und ihr Bräutigam seine Schwester. Als man ihm später das vorhielt, konnte er sich besinnen, was er erzählt hatte, wußte aber nicht, wie er dazu gekommen war. Er wollte auch um Entschuldigung bitten und zur Hochzeit gratulieren. Ferner behauptete er, ihm stände die ganze Welt offen, sein Vater brauchte nicht zu arbeiten. — Als Lehrjunge war er nicht religiös, aber jetzt erzählt er von mehreren Missionaren und Pastoren, die er aufsuchen möchte, daß sie ihm einen Rat geben sollten; er wolle Gottes Wort predigen, „das wäre die ganze Welt". — Vor zwei Jahren besuchte er oft einen Onkel, der sich mit theologischen Fragen beschäftigte und blieb bei diesem stundenlang zur Unterhaltung. Dieser Onkel starb vor zwei Jahren. Pat. äußerte damals nie, daß er Missionar werden wolle. — Gestern, den 28. XII., erzählte er, er wolle jetzt Pastor in einem Nachbarort werden. Der Onkel habe es ihm gesagt; dieser wäre in ähnlichen Verhältnissen geboren wie Jesus, er habe so gelebt wie Jesus, er wäre gestorben wie Jesus. Dies wollte Pat. jetzt auch machen. Stimmen hat er angeblich nicht gehört, überhaupt keine Hallucinationen gehabt. Sah oft still vor sich hin, verbat sich, daß man ihn ansah. Auf Fragen — Antwort. War ganz heiter, war gesprächig. Keine Gedächtnisabnahme. Kopfschmerzen in letzter Zeit. Schlaf unruhig, verlangte wiederholt in der Nacht zu essen. Keine Vernachlässigung der Kleidung.

Subjekt. Anamnese.

Warum hier?

„Weil ich von Verwandten für hochgradig nervös gehalten worden bin.“

Warum haben Sie die Eltern für nervös gehalten?

„Weil sie meine Sinnesart nicht verstanden. Wenn ich einen Witz sagte, haben sie denselben immer falsch verstanden; z. B. wurde ich gefragt: „Wo ist der Teller?“ — Ich antwortete: „Er steht auf dem Heuboden bei dem kleinen Pferd.“ Ich wußte, wo der Teller stand, die Leute brauchten also nicht zu fragen. Uebrigens bestand der Witz darin, daß er auf dem Heuboden nicht zu finden war, und das kleine Pferd stand auch nicht da — das ist doch alles Quatsch; ich habe eben auf die dumme Frage dumm geantwortet. Und darum haben die Leute gedacht, daß ich dumm bin und hielten mich nicht für ganz normal. Ich hatte ein Wesen in mir, wie es noch keiner empfunden hat. Jetzt aber nicht mehr.“

Was für ein Wesen?“

„Ich litt an Doppelwesen; wenn ich bei der Arbeit war, die ich ausführen mußte, hatte ich noch anderes im Sinn, es kamen mir verschiedene Gedanken in den Kopf. Von anderen wurde es für Nachdenken aufgeffaßt, als Grübeln. Das war aber nicht der Fall: es kamen mir nur Gedanken in den Kopf.“

Welche?

„Wenn ich arbeiten wollte, konnte ich nicht arbeiten, es kam mir etwas anderes in den Kopf; ich wußte nicht, wo ich etwas hingelegt habe. Ich habe die Sachen nicht auf die zugehörigen Stellen gelegt.“

Zum Beispiel: was denn?

„Verschiedenes.“

Seit wann?

„Seit dem 12. Lebensjahr.“

Haben Sie Angst?

„Nein.“

Verfolgt?

„Ja, ich konnte nicht dafür, die Kollegen haben mich verfolgt, da ich nicht bei der Sache war.“

Stimmen gehört?

„Keine.“

Gestalten?

„Keine.“

Werden Sie jetzt, nachdem Sie entlassen werden, Ihrem Beruf nachgehen?

„Nein. Ich will Gottes Wort verkünden.“

Wollen Sie also Missionär werden?

„Ja, in Afrika."

Seit wann diese Idee?

„Seit 9 Tagen."

Wie kam das, plötzlich?

„Ja."

Wie sind Sie auf diesen Gedanken gekommen?

„Es wucherte etwas, arbeitete eine Kraft in mir, ich fühlte mich sehr bewegt, fühlte, daß etwas vorging, es entwickelte sich alles aber in 3 Tagen."

Welche Kraft?

„Diese Kraft nämlich, daß ich Gottes Wort verkünden muß. Alle waren ängstlich durch die Kraft, die in mir arbeitete. Ich konnte dreimal so viel arbeiten, wie früher."

Warum haben Sie dann die Arbeit gelassen?

„Ich wollte sie noch nicht aufgeben; vom Chef wurde angenommen, daß ich vielleicht nach den Feiertagen nicht zurückkehren würde."

Warum angenommen?

„Am 1. Weihnachtstage wollte ich nach der Heimat fahren; als ich mich von dem Chef verabschiedete, frug er mich mit ganz ängstlicher Stimme, ob ich zu ihm zurückkehre. Ich habe gesagt: Jedenfalls wohl."

Warum hat der Chef ängstlich gefragt?

„Jeder Mensch bekam ein ängstliches Gefühl, wenn ich in seine Nähe kam, alles durch die Kraft."

Was ist das für eine Kraft, wie äußert sie sich?

„Das ist Hypnotismus. Ich wurde immer mächtiger und mächtiger, als ob ich die ganze Welt regieren könnte. Ich wurde ruhiger, ich arbeitete bedeutend leichter. Ich konnte nicht auf der Straße gehen, es ging mir jeder Schutzmann weit aus dem Weg; jede Person, welche in meine Nähe kam, litt an Verfolgungswahn."

Wieso?

„Durch Hypnotismus, durch die Allmacht Gottes."

Ist Hypnotismus und Allmacht Gottes dasselbe?

„Ich wollte die Menschen nicht ängstlich machen, aber es kam von selbst, durch Hypnotismus, daß die Leute ängstlich wurden. Ich fühlte, daß die Kraft gut ist und ich will sie behalten. Durch sie bin ich imstande, Gutes ausführen zu können."

Was für Gutes?

„Armen Leuten zu helfen. Außerdem wurde mir der Hypnotismus dreifach übertragen: 1. Verständnis für alles, 2. Gotteswort

predigen, 3. Musikalisches Talent. Dann habe ich noch die Kraft eines Mediziners."

Wieso wissen Sie das?

„Durch Allmacht Gottes. Die Doktoren sind informiert von meinen Kenntnissen. Es gibt doch Homoeopathen."

Wie kommen Sie darauf, das alles zu behaupten?

Können Sie wirklich predigen?

„Ich selbst werde nicht predigen, aber einen andern kann ich durch Hypnotismus beeinflussen."

Epikrise.

Der vorliegende Fall zeigt als hervortretendes Symptom Wahnvorstellungen, die sich in bestimmter Richtung bewegen. Jedoch fallen dieselben teilweise durch ihren bizarren Inhalt auf, sowie durch vereinzelte zwischendurch sich bemerkbar machende Absurditäten. So z. B. behauptet der Kranke, daß er durch sein Kommen die Cousine am Leben erhalten habe; auch kommt ihm die plötzliche durch nichts gerechtfertigte Idee, daß sein Vater sich auf dem Abort ein Leid antun wolle.

Im übrigen zeigen seine Wahnvorstellungen zwar ein gewisses Gefüge, doch lassen sie auch eine Anzahl Widersprüche erkennen. So z. B. will er Missionar und Prediger werden, sagt aber nachher, daß er selbst nicht predigen kann, sondern nur andere durch Hypnose zum Predigen veranlassen könne.

Der hiernach von uns vermutete geistige Schwächezustand wird durch den Ausfall der Ebbinghausschen Probe bestätigt.

Somit besteht für uns kein Zweifel, daß wir es hier nicht, wie vielleicht bei oberflächlicher Betrachtung angenommen werden könnte, mit einer Paranoia zu tun haben, sondern mit einem Zustand, der die Diagnose „Dementia paranoides" rechtfertigt.

Fall 17.

Dementia paranoides.

C. G., 42 Jahre alt, Arbeiterin.

Schon vor $1^1/_2$ Jahren äußerte die Patientin ihrer Schwester gegenüber, daß das Hausmädchen, mit dem sie damals zusammen bei einer Herrschaft war, hexen könne. — Sie hat dann die Stellung oft gewechselt, weil sie immer entdeckte, daß „die Umgebung falsch zu ihr sei.“ Ihre Sachen hat sie auf einer Stellung im Herbst 09 verbrannt und behauptet, die Sachen wären verhext. — Auf ihrer letzten Stelle (Januar 1910) behauptete sie, über ihr in der 4. Etage wäre eine Höllenmaschine, die Zigeuner hätten mit dieser Maschine dort gearbeitet. In der zweiten Etage sollten auch Zigeuner sein, diese wollten sie ums Leben bringen. Pat. hat oft an die Wasserröhre geklopft, um, wie sie sagte, die Hexerei zu zerstören.

Am 7. II. 10 kam Pat. zu ihrer Schwester voller Angst und sagte der letzteren: „Ich bin glücklich, daß ich mit meinem Leben davongekommen bin, mich hätten sie bald umgebracht, verdammt mit der Höllenmaschine.“ Sie hat mit dem Besenstiel gegen die Wand gestoßen und gesagt: „Da zerstöre ich alles, die ganze Hexerei.“

Pat. hat sich furchtbar gefürchtet, seit $1^1/_2$ Jahren vor der Hexerei im allgemeinen, dann vor den Zigeunern, und dann vor allen Besuchern. Wenn z. B. die Schwester einen Besuch bekam, hat die Pat. sich versteckt; sie wollte sich vor keinem sehen lassen und sagte: „Die Leute seien alle falsch.“

Ab und zu hörte Pat. Stimmen; unten hätten die Zigeuner geschimpft, gelacht und gesagt: „Sie lebt ja noch.“

Dann klagte die Pat., daß sie den von draußen hereingekommenen Zigeunergeruch rieche. Sie behauptete, die Därme wären ihr im Körper lose. — In ihrer Stellung hat sie manchmal nicht gegessen, weil sie glaubte, vergiftet zu werden. Sie glaubte, sie sei von Zigeunern verfolgt; einen Grund für die Verfolgung gibt sie jedoch nicht an.

Die zwischen mir und der Patientin stattgefundene Unterredung spielte sich folgendermaßen ab:

Warum sind Sie hier?

„Ich weiß alleine nicht, sie sagen alle, ich bin dumm, ich bin mir nichts bewußt.“

Sind Sie krank?

„Nein, ich bin gar nicht krank. Gott, ein bischen aufgeregt, jetzt im Moment ja, sonst weiter nicht.“

Weshalb sind Sie denn hierher gebracht?

„Ich bin doch nicht krank. Wenn ich meinem Schwager kein Geld gebe, sagt er, ich bin dumm. Solange ich ihm aber Geld gebe, sagt er nichts, dann muß er doch entschieden nicht normal sein. Ich bin normal.“

Patientin beißt sich immer auf die Unterlippe. Als sie gefragt wurde, warum, antwortete sie: „Gott, das ist so eine Angewohnheit, weil sie so blau ist.“

Seit wann ist sie blau?

„Seit meiner Geburt, das ist ein Muttermal.“

Inwiefern?

„Bei meinen Großeltern war Feuer und da lief meine Mutter hinaus auf den Hof, und da ist ihr das Feuer entgegengeschlagen. Da hat sie sich voll Schreck gegen den Unterkiefer mit der Hand geschlagen. Hier ist die Lippe und die vier Finger. Daher habe ich es.“

Glauben Sie das?

„Ja, das soll doch so sein, das sagt doch jeder.“

Hatten Sie Angst vor Zigeunern?

„Ich hörte da oben etwas ratteln, was da war, weiß ich nicht, mir wurde es so furchtbar schlecht und da bin ich weggegangen.“

Wo oben?

„In der 4. Etage.“

Waren dort immer Zigeuner?

„Nein, das kann ich nicht sagen, aber ich hatte sie die Treppen herunterkommen sehen.“

Glauben Sie, daß da eine Höllenmaschine gewesen ist?

„Ja, das weiß ich nicht.“

Haben Sie an das Heizungsrohr geklopft?

„Ja, das habe ich, weil da immer etwas klopfte und ich nicht schlafen konnte.“

„Ist die Umgebung falsch zu Ihnen gewesen?

„Ja, das muß ich sagen, ich hatte keinen Freund und alle waren falsch zu mir.“

Haben die Leute Ihnen etwas getan?

„Nein, die Leute beachteten mich gar nicht, sie waren mit

Falschheit um mich, sie haben mich verlacht und verspottet, sie waren so höhnisch zu mir, deshalb habe ich die Stellung so oft gewechselt."

Der bei der Patientin vorhandene Verfolgungswahn wird durch andere gar nicht mit ihm im Zusammenhang stehende Wahnideen getrübt. Letztere fallen außerdem durch ihren bizarren Inhalt auf.

Die Betrachtung des Gesamtbildes legt uns die Vermutung nahe, daß hier ebenso wie im vorigen Falle ein Verfall der Intelligenz vorhanden ist; in der Tat ist auch hier die Ebbinghaussche Probe positiv ausgefallen.

Die Diagnose wird also nicht Paranoia, sondern Dementia paranoides lauten müssen.

Schlußfolgerungen.

Die Betrachtung der oben angeführten Fälle läßt sich nun in folgenden Sätzen zusammenfassen:

I. Dem Inhalte der Wahnvorstellungen entsprechend, tritt die chronische Paranoia in verschiedenen Varietäten auf.

II. Auch die klinischen Erscheinungen zeigen in keiner Beziehung eine Einheitlichkeit; reine Bilder kommen sowohl bei der einfachen, als auch bei der halluzinatorischen Form sehr selten vor. Wir finden sowohl Mischzustände als auch Uebergangsformen häufig vor; so z. B. Halluzinationen bei der einfachen Paranoia, systematischen Wahn bei der halluzinatorischen Paranoia.

III. Die Aetiologie gibt im allgemeinen den Bildern kein besonderes Gepräge; ausgenommen sind diejenigen Fälle, bei denen Hysterie als ätiologisches Moment in Frage kommt (siehe Fälle 14 und 15).

IV. Die Paranoia unterscheidet sich differential-diagnostisch von der Dementia paranoides namentlich durch das Fehlen des bei letzterer vorhandenen Intelligenzdefektes: Kombinationsdefekt und affektive Verblödung.

* * *

Was die Häufigkeit der ätiologischen Momente betrifft, so läßt sich bei der geringen Anzahl der von mir beschriebenen Fälle keine allgemein gültige Behauptung auf-

stellen. Jedoch wird es erlaubt sein, auf Grund der im nachfolgenden angeführten Uebersicht, einen annähernd gültigen Schluß auf die wichtigsten ätiologischen Faktoren zu ziehen.

Fall 1 (Par. simpl.): Chronische Affektstrapazen. Körperliche Schwäche.

Fall 2 (Par. simpl.): Schwere (konvergente) erbliche Belastung.

Fall 3 (Par. simpl.): Chronische Erschöpfung, chronische Affektstrapazen.

Fall 4 (Par. simpl.): Chronische Erschöpfung. Chronische Affektstrapazen. Klimakterium.

Fall 5 (Par. simpl.): Erbliche Belastung. Gemütliche Erregungen. Frühere geistige Krankheit.

Fall 6 (Par. simpl.): Schwere erbliche Belastung. Sexuelle Exzesse. Chronischer Alkoholismus.

Fall 7 (Par. simpl.): Chronische Erschöpfung. Gemütliche Erregungen. Klimakterium.

Fall 8 (Par. hall.): Chronische Affektstrapazen. Chronisches Magenleiden? Hysterie? Klimakterium.

Fall 9 (Par. halluc.): Erbliche Belastung.. Chronischer Alkoholismus. Trauma. Chronische Erschöpfung.

Fall 10 (Par. hall.): Chronischer Alkoholgenuß.

Fall 11 (Par. hall.): Erbliche Belastung. Gemütliche Erregungen.

Fall 12 (Par. hall.): Klimakterium. Hysterie (?).

Fall 13 (Par. hall.): Erbliche Belastung. Aut. Momnete: Exzesse in Alkohol. u. Nikotin. Gemütserregungen.

Fall 14 (Hyster. Par.): Hysterie.

Fall 15 (Hyster. Par.): Erbliche Belastung. Chronischer Alkoholismus. Sexuelle Exzesse. Hysterie.

Es ist aus dieser Zusammenstellung ersichtlich, daß kein einheitliches ätiologisches Moment, sondern meistens eine ganze Reihe von gleichzeitig neben- und nacheinander wirkenden Umständen für die Entstehung der chronischen Formen der Paranoia in Betracht kommt. Im Vordergrund steht jedoch, wie die ätiologische Uebersicht zeigt, die erbliche Belastung; diese Tatsache würde also mit den von anderen Autoren gemachten Beobachtungen übereinstimmen.

Zum Schluß sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Geheimrat Professor Ziehen, für die Anregung zu dieser Arbeit, seine liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung derselben und für die gütige Ueberlassung der Fälle meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Peter Maybardjuck, mosaischer Konfession, ist am 7. Januar 1886 (25. XII. 1885) in Wilna (Rußland) geboren.

Nachdem er seine erste Vorbildung auf dem sechsklassigen Progymnasium zu Sebastopol (Süd-Rußland) erhalten hatte, trat er im Herbst 1903 in das klassische Kaiser-Alexander III.-Gymnasium zu Jalta (Krim) ein, welches er am 4. Juni 1905 mit der goldenen Medaille absolvierte. Im Oktober desselben Jahres wurde er an der Neurussischen Universität zu Odessa als Student der Medizin immatrikuliert. Kurz darauf wandte er sich nach Deutschland, um an einer dortigen Universität seine Studien fortzusetzen. Im April 1906 ließ er sich an der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikulieren, woselbst er ununterbrochen 10 Semester studierte.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Beitzke, Bickel, Bumm, Engelmann †, Flügge, Helborn, Hertwig, Hildebrand, Heubner, Holtermann, Joachimstal, Jolly, Kraus, Lesser, Meyer, v. Michel †, Orth, Plate, Passow, Rubens, Senator †, Steyrer, Virchow, Wagner, Waldeyer, Ziehen.

Außerdem hatte der Verfasser Gelegenheit, in folgenden Anstalten praktisch zu arbeiten: 1. auf der 1. inneren Abteilung des städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses (Dir. Prof. Goldscheider); 2. im hydrotherapeutischen medico-mechanischen Institute an derselben Anstalt; 3. in der Poliklinik der 2. medizinischen Universitäts-Klinik (Dir. Prof. Kraus); 4. in der Poliklinik für Nervenkrankheiten von Dr. T. Cohn; 5. in der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von San.-Rat Max Joseph.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.